Nr. 28. 9. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne.

Łucjan Sobieszczański. Warszawa.

### Przypadek przewlekłego unieruchomiającego zapalenia kręgosłupa.

Z oddziału prof. Sokołowskiego w Szpitalu św. Ducha.

Przypadek, który pozwolę sobie opisać, należy do pouczających z powodu kilku szczególnych właściwości.

Na oddział I M. Szpitala św. Ducha przybył dnia 4 I. b. r. chory Antoni B. l. 62, pracownik szpitalny. Od lat 15 cierpi na zesztywnienie i zupełną nieruchomość szyi, od 2 lat już kaszle i pluje obficie plwociną żółtą. Cierpienie pierwsze zaczęło się bólami w plecach i szyi, która znieruchomiała. Mógł jednak pracować do ostatniej chwili, jako posługacz na sali.

Chory jest wdowcem, miał 4 dzieci (2 umarło, 1 syn na suchoty). Jest drugim z pięciorga rodzeństwa zdrowego. Rodzice pomarli w starości. Matka podczas dzieciństwa chorego przeszła jakąś chorobę nerwową, lecz po roku wyzdrowiała pod wpływem sugestji. Chory ma dobry apetyt, dobry sen, stolec normalny.

Stan obecny: Chory jest wzrostu 137 cm., waga 48,5 kg., odżywiony jest miernie. Powłoki skórne są blade z odcieniem ziemistym. Chory nie może poruszać głową ani w kierunku ku przodowi i tyłowi, ani w bocznych, choć mięśnie szyjne są rozwinięte i naprężają się. Unieruchomiona głowa, opuszczona ku przodowi (rys. 1), tworzy z linją tułowia kąt 135$^0$. Klatka piersiowa wybitnie płaska i słabo ruchoma (rys. 1). W części szyjnej kręgosłupa skrzywienie lewostronne (*scoliosis sin.*), w piersiowej części kręgosłupa stwierdza się wygięcie ku tyłowi i nieruchomość. Przy opłukiwaniu kręgosłup jest niebolesny. Zginanie tułowia w pasie jest zachowane. Ruchy w kończynach są wolne, w dolnych słychać przy ruchach trzeszczenie.

Odruchy ścięgniste i skórne są zachowane, podobnie wrażliwość skóry. Zaniku mięśni niema, przeciwnie mięśnie szyji i grzbietu górne dobrze rozwinięte. Źrenice oddziaływują na światło. Typ oddechu wybitnie brzuszny.

W płucach: w obu szczytach przytłumienie opukowe z wydechem wydłużonym i nieznacznemi rzężeniami suchemi. W dołku podobojczykowym lewym wypuk z odcieniem bębenkowym i oddech oskrzelowy. W dolnych częściach klatki piersiowej wypuk jest bębenkowy. Z prawej strony z przodu w IV i V przestrzeni międzyżebrowej słychać rzężenia drobnopęcherzykowe i świsty przy oddechu zaostrzonym. W dole obu płuc oddech jest szorstki i dużo furczeń.

Serce jest nieco przykryte. Tętnice twarde. Tętno 72 na minutę miarowe. Akcent na II tonie tętnicy płucnej. Brzuch miękki, zwiotczały. Chory chodzi zupełnie dobrze.

Dwukrotne badania (14 I. i 19. I.) plwociny wykazały w obu razach obecność laseczników kwasoodpornych (Koch +) w niewielkiej ilości.

W moczu (c. wł. 1015) nic patologicznego nie wykryto.

Zawartość hemoglobiny we krwi 75%.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny.

Prześwietlanie promieniami Roentgena klatki piersiowej dało wyniki następujące:

Pola płucne są wydłużone i ruchome. Zaciemnienie wierzchołków, szczególniej prawego nad i pod obojczykiem. Smugi w środkowej części prawego płuca.

Dalej dokonano 4 zdjęcia klatki piersiowej promieniami Roentgena:

Zdjęcie I. Szyjna część kręgosłupa przedstawia powiększenie fizjologicznego wygięcia ku przodowi. Przestrzenie międzytrzonowe są widoczne. (rys. 2).

Zdjęcie II. Kontury wyrostków stawowych kręgów szyjnych są zatarte, tworzą one zacienienia pręgowe umiarowe z obu stron kręgosłupa. Przestrzenie międzykręgowe są widoczne. (rys. 3).

Zdjęcie III. W części grzbietowej kręgosłupa zmian nie widać.

Zdjęcie IV. W części lędźwiowej kręgosłupa widać zmiany w samych trzonach kręgów. Zgrubienie w górnej i dolnej części trzonu, przez co trzon wydaje się zwężonym w części środkowej. (rys. 4).

Chory leczony był kąpielami ciepłemi i dostawał wewnątrz salicylan sody z chlorkiem potasu po 3,0 dziennie w roztworze. Na cierpienie płucne stosowano olej eukalyptusowy.

Chory odczuwał w pierwszych tygodniach znaczne bóle w kończynach dolnych (szczególnie w udach), które się następnie zmniejszyły.

29. III. chorego wypisano ze szpitala z poprawą stanu ogólnego (z wagą 52 klgr. przybyło 3,5 klgr.) i skierowany na komisję w celu wysłania do Buska.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.

Określiwszy cierpienie płuc, jako *induratio apicis utriusque tuberculosa cum emphysemate*, musimy, chcąc określić cierpienie kręgosłupa, rozpatrzeć różniczkowo kilka cierpień, mogących dać objawy podobne:

1) *Arthritis deformans.* Przy tem cierpieniu ulegają zniekształceniu drobne stawy (np. palców), czego w danym przypadku niema.

2) Przy zapaleniu gruźliczem kręgosłupa (*malum Potii*) mamy umiejscowioną bolesność w kręgosłupie i ostry garb. Tych oznak w opisanym przypadku niema.

3) Przy wstępującem zapalnem unieruchomieniu kręgosłupa (typ Strümpell-Marie) mamy umiarowe unieruchomienie wielkich stawów, czego niema w naszym przypadku. Kręgosłup w cierpieniu typu Strümpell-Marie jest prosty i sztywny, jak drąg; niema garbu.

4) Przy zstępującem unieruchomieniu kręgosłupa bez zajęcia stawów z wygięciem ku tyłowi (*kyphose hérédo-traumatique*) — typ Bechtierew'a — mamy zniekształcenie lub nawet zrost trzonów kręgów, stawy wielkie są jednak wolne, jak w naszym przypadku. Zniekształcenie kręgów widać najlepiej na rys. 3., gdzie trzony są objęte procesem zapalnym.

To głównie sprawia, że przypadek ten zaliczymy do typu Bechtierewa, choć widzimy tutaj i zmiany w więzach kręgów szyjnych.

Co się zaś tyczy etjologji, musimy podkreślić, że wykryto u naszego chorego laseczniki gruźlicze, choć z drugiej strony złe przewietrzanie wierzchołków płuc przez lat kilkanaście wskutek unieruchomienia klatki piersiowej mogło się przyczynić do powstania procesu gruźliczego w płucach.

Zwykle podają za przyczynę: gościec stawowy, rzeżączkę, przymiot, urazy i obciążenie dziedziczne.

**Piśmiennictwo:**
1) J. Markiewicz. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa. 1901 r. 2) K. Rzętkowski. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (streszczenie zbiorowe). 1901 r. 3) W. Męczkowski. Przypadek unieruchomiającego zapalenia kręgosłupa. 1901 r. 4) W. Kędzior. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa 1901 r. 5) W. Męczkowski. Spondylose rhizomelique 1902 r. 6) Pański. Przypadek spondylose rhizomelique. 1902 r. 7) A. Puławski. Zesztywnienie kręgosłupa 1902 r. 8) L. Bregman. Demonstracja typowego przypadku spondylose rhizomélique 1904 r. 9) P. Jaworski. Pokaz przypadku spondylose rhizomélique. 1907 r. 10) Sołamowicz. Pokaz spondylose rhizomélique. 1908 r. 11) Jakubowicz. Przypadek zesztywnienia kręgosłupa 1908 r. 12) Jakubowicz. Przypadek choroby Strümpell-Marie. 1909 r. 13) W. Gajkiewicz. Demonstracja chorego ze spondylosis rhizomelica. 1911 r. 15) H. Begleiter. Przypadek spondylose rhizomélique 1918 r.

---

Prof. Dr. Franciszek Venulet. Łódź.

## Istota odczynu Wassermanna i jego znaczenie praktyczne. *)

Z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Łodzi.
(Kierownik Prof. F. Venulet).

Istota odczynu Wassermanna, wciąż jeszcze niewyjaśniona, nadal przykuwa uwagę licznych badaczy. Chociaż dziś nie ulega już wątpliwości, że powstałe kilka lat temu uproszczone odczyny serologiczne Meinickego i Sachsa-Georgiego uzyskały powszechne prawo obywatelstwa, nie zdołały one jednak w zupełności zastąpić klasycznego odczynu Wassermanna; stanowią one pożądany sprawdzian i cenne uzupełnienie tego ostatniego; zbudowane zaś na tych samych podstawach, co i odczyn Wassermanna, przyczyniły się do wyświetlenia pewnych stron tego zagadnienia biologicznego.

Jak wiadomo, pierwotna koncepcja bezwzględnej swoistości odczynu Wassermanna nie zdołała się długo utrzymać; główną, jeżeli nie wyłączną, rolę odgrywają w odczynie Wassermanna nie przeciwciała, lecz globuliny surowicy kiłowej. Już nazwa sama: globuliny czyli grudki, wskazuje na łatwe wypadanie tych ciał; należą one zatem do składników surowicy chwiejnych, (labilnych), nie odznaczających się stałością (*Stabilität*). Wiele danych przemawia za tem, że właściwe surowicy kiłowej wzmożenie chwiejności globulin ponad przeciętną normę, czyli tak zwana chwiejność ich, wystarcza dla otrzymania odczynu odchylenia dopełniacza. Okazuje się, że same globuliny surowicy kiłowej, w przeciwieństwie do globulin normalnych, oddziaływują dodatnio; surowica zaś kiłowa, całkowicie pozbawiona swych globulin, oddziaływa ujemnie tak w odczynie Wassermanna, jak i Sachsa-Georgiego (Kapsenberg, Weisbach). Ci autorzy (Gloor i Klinger, Felke), którzy ostatnio starali się dowieść, że surowica kiłowa nawet po strąceniu globulin zachowuje zdolność oddziaływania i zdolność tę przypisywali frakcji albuminowej surowicy, posługując się w swych doświadczeniach kwasem solnym lub siarkanem magnezu zamiast siarkanu ammonu, nie strącali całkowicie globulin, których domieszka już wystarcza dla otrzymania dodatniego Wassermanna. Doświadczenia ze sztuczną chwiejnością globulin również potwierdzają ich znaczenie dla odczynu Wassermanna. Wstrząsając surowicę normalną w ciągu pewnego czasu z fizjologicznym roztworem soli, agarem, krochmalem, kaoliną, inuliną itp., możemy otrzymać z nią dodatniego Wassermanna (Hirszfeld i Klinger, Nathan). Nie ulega wątpliwości, że zjawisko to jest czysto fizykalne. Podobnej surowicy nie można jednak utożsamiać z ogółem surowic kiłowych, gdyż unieczynnienie pozbawia ją nabytej cechy. Jeżeli jednak chwiejność globulin, nabyta sztucznie, nie wytrzymuje ustalającego działania wysokiej ciepłoty, to tosamo powiedzieć można i o niektórych surowicach kiłowych.

Dla lepszego zrozumienia roli, jaką globuliny odgrywają w mechanizmie odczynu Wassermanna, zanalizujemy istotę chwiejności ciał globulinowych. Herzfeld i Klinger wychodzą przytem z założenia, że cząsteczki globulinowe surowicy tworzą roztwór koloidalny tem doskonalszy, im są one bardziej rozproszone (*dispers*) i lepiej odosobnione za pomocą otoczek wodnych. Wodę, oddzielającą cząsteczki białkowe, wiążą znajdujące się na ich powierzchni wytwory przemiany materji: alkaliczne sole kwasów aminowych i polypeptidy. Im więcej, w zależności od przemiany materji, owych pośredników rozpuszczalności znajduje się na powierzchni cząsteczek białkowych, tem większą odznaczają się one stabilizacją i odwrotnie, gdyż tylko cząsteczki białkowe, ze wszech stron okrążone wodą, nie ulegają wzajemnemu zbliżaniu i zlepianiu się. Chwiejność globulin polega więc na tem, że cząsteczki globulinowe, pośrednio lub bezpośrednio pozbawione wody, ciążąc ku sobie wzajemnie, tworzą większe skupienia. *In vitro* uwydatnia się to po dodaniu do surowicy kiłowej odczynników, przyciągających wodę, jak alkohol, kwasy, sól, przez kłaczkowanie (porówn. z odczynami Brucka) lub wody przekroplonej, która, rozpuszczając sole, znajdujące się na powierzchni cząsteczek globulinowych, pogarsza warunki rozpuszczalności globulin (odczyn Klausnera). Dzięki wzmożonym zdolnościom adsorbcyjnym kłaczki globulinowe przyciągają ku sobie substancje lipoidalne dodanego do surowicy wywoływacza: powstające kompleksy globulinowo-lipoidalne, widoczne w odczynach Meinickego i Sachsa-Georgiego gołem okiem, a w odczynie Wassermanna za pomocą ultramikroskopu, posiadają już *in statu nascendi* zdolność adsorbowania czyli wiązania dopełniacza, zwłaszcza globulinowej części jego (tak zw. pierwiastek środkowy). Dopełniacz jest więc potrzebny wyłącznie dla uwidocznienia odczynu Wassermanna za pomocą systemu hemolitycznego. W niektórych surowicach kiłowych globuliny odznaczają się taką chwiejnością, iż adsorbują dopełniacz bezpośrednio bez pomocy wywoływacza, czego wyrazem jest samozahamowanie surowicy. Wahania, niekiedy dość znaczne, w reakcji jednej i tej samej surowicy z różnemi antygenami i nawet dopełniaczami, pomimo wymiareczkowania ich, wskazują, jak złożone jest ich współdziałanie; już sam sposób rozcieńczania wywoływacza, pomimo zachowania koncentracji, może wykazać różne wyniki.

Nagrzewanie surowic ma na celu usunięcie zbytniej chwiejności globulin, towarzyszącej niekiedy i sprawom niekiłowym. Wysoka ciepłota przyśpiesza autolizę surowicy, co powoduje wzmożenie produktów przemiany, dzięki którym, jako pośrednikom rozpuszczalności, globuliny otrzymują lepsze otoczki wodne. Zupełnie nie wytrzymuje nagrzewania nadzwyczaj chwiejny pierwiastek globulinowy dopełniacza; na ustalaniu jego pod wpływem wysokiej ciepłoty polega unieczynnienie surowicy.

Naszkicowany przebieg odczynu Wassermanna nie pozostawia najmniejszej wątpliwości co do fizykalno-koloidalnego charakteru całego zjawiska. Potwierdza to również nie mniej charakterystyczny dla kiły odczyn Langego z koloidalnem złotem dla badania płynu mózgowo-rdzeniowego. *) Tak zwane reaginy nie są zatem niczem innem, jak ciałami globulinowemi o wzmożonej chwiejności. Sprowadzenie odczynu Wassermanna do zjawiska wyłącznie fizykalno-koloidalnego przychodzi tem łatwiej, iż nawet taki odczyn odpornościowy,

*) Wygłoszono w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkiem dnia 22. II. 1922.

*) Odczyn ten nie daje się również pogodzić z zapatrywaniem, jakoby reakcja Wassermannna polegała na istnieniu niweczników lipoidalnych.

jak aglutynacja, jest raczej odczynem fizykalno-chemicznym, niż biologicznym. Występowanie odczynu Wassermanna w innych sprawach chorobowych tłómaczy się analogicznemi zmianami koloidalno-chemicznemi surowicy tak samo, jak występowanie nieswoistego odczynu Weil-Felixa przy durze osutkowym.

Czy istnieje zasadnicza różnica między surowicą normalną a kiłową? Dziś wiemy, że, stosując duże dawki wywoływacza, możemy otrzymać odczyn odchylenia dopełniacza z każdą surowicą normalną; wynika z tego, że surowica każdego zdrowego człowieka zawiera pewną ilość normalnych reagin kiłowych tak samo, jak zawiera ona również zlepniki tyfusowe. Lecz, jak nie nazwiemy dodatnim Widalem aglutynacji tyfusowej w rozcieńczeniach surowicy $^1/_{10}$—$^1/_{30}$, tak samo nie uważamy odchylenia dopełniacza w przytoczonych warunkach za dodatniego Wassermanna.

Zachodzi obecnie drugie pytanie: gdzie powstają owe dla kiły charakterystyczne reaginy, czego są przejawem. Już samo wzmożenie globulin surowicy kiłowej, dowiedzione przez analizę, wskazuje na to, że źródłem ich muszą być jakieś sprawy rozpadowe, najprawdopodobniej w swoistych ogniskach drobnokomórkowych. Przemawiają za tem fakty dodatniego reagowania, przy ujemnym Wassermannie we krwi, surowicy wrzodu pierwotnego (Reizserum), luetycznych wysięków stawowych, płynu komory ocznej przy iritis luetica, już nie mówiąc o płynie mózgowo-rdzeniowym. We wszystkich tego rodzaju sprawach mamy zwiększoną ilość elementów komórkowych, ulegających rozpadowi. Wystąpienie, odnowienie lub narastanie odczynu Wassermanna po rozpoczęciu lub w ciągu leczenia również musi być w związku ze wzmożonym, pod wpływem leczenia, rozpadem nacieczeń swoistych. Na tem samem zjawisku polegałaby tak zwana prowokacja. Przytoczymy kilka spostrzeżeń własnych:

1) M. lat 24 Zachorował na kiłę 2 lata temu. Po I leczeniu Wa ++++, po II. ujemny, przed III Wa +++, po IV. ujemny. 10. XI. 1921. Od czasu ostatniego leczenia upłynęły 4 miesiące: Wa —, MR —, Wa cz. ++++. 16. XI. 1921. po 2 zastrzyknięciach rtęciowych: Wa ++, MR ++, Wa cz. ++. 24. XI. 1921. po 4 zastrzyknięciach rtęciowych: Wa ++, MR ++++, Wa cz. +++. 1. XII. 1921. po 5 zastrzyknięciach i 1 salwarsanie: Wa +++, MR ++, Wa cz. +++.

Ujemne odczyny Wassermanna i Meinickego stają się dodatnie po rozpoczęciu leczenia i pozostają dodatnie w ciągu dalszego leczenia. Wassermann ze surowicą czynną wykazał już wcześniej obecność reagin we krwi.

2) K. lat 14. Papulae ad anum, przyjęte za krwawnice. 27. X. 1921 Wa —, MR —, Wa cz. —. Po 2 zastrzyknięciach rtęciowych: 8/XI 1921 Wa —, MR —, Wa cz. ++++. Po 2 wlewaniach salwarsanu: 18 XII. 1921. Wa++++, MR ++++, Wa cz. ++++.

Widzimy zupełny brak odczynów pomimo istnienia objawów kiły. Po wywołaniu rtęcią odczyn Wassermanna z surowicą czynną wyprzedza inne odczyny.

Wzajemny stosunek pomiędzy oddzielnemi odczynami podczas świeżego zakażenia uwidocznia przypadek następujący:

3) P. lat 28. Kiły nie przechodziła, czuje się zdrową. Mąż P. zaraził się kiłą 2 miesiące temu, obecnie wystąpiła u niego obfita grudkowato plamista wysypka po całem ciele: Wa ++++. 3. XII. 1921. Wa —, MR +++, Wa cz. —. 12. XII. 1921. Wa +, MR ++++, Wa cz. ++++. 16. XII 1921. Wa ++, MR ++++, Wa cz. ++++. Chora nie chce się leczyć, gdyż nic jej nie dolega; badanie podmiotowe, dokonane przez 2 lekarzy, podobno nic nie wykazuje 7. II. 19 2. Wa ++++, MR ++++, Wa cz. ++++. Chora teraz dopiero przystąpiła do kuracji.

Siła odczynu, zależna od ilości znajdujących się we krwi reagin, świadczy przedewszystkiem o rozpowszechnieniu ognisk chorobowych, czego nie trzeba utożsamiać z ciężkością zachorowania. Czy ogólnie przyjęte określenie siły reakcji jest też istotnym jej wyrazicielem? Jaki stopień odczynu wystarcza dla rozpoznania sprawy kiłowej? Podobieństwo pomiędzy reaginami a zlepnikami, pomimo całej różnorodności ich, ułatwi orjentowanie się w tych sprawach. Jak aglutynacja w rozcieńczeniach surowicy od $^1/_{30}$—$^1/_{80}$ wskazuje jedynie na wzrost zlepników, w zależności od wysokości miana dla tyfusu mniej lub więcej podejrzany, tak samo 1 lub 2 plusy odczynu Wassermanna, odpowiadające mianom tyfusowym $^1/_{40}$—$^1/_{60}$, nie upoważniają nas jeszcze do rozpoznania kiły, zwłaszcza przy braku wyraźnych objawów klinicznych. Chociaż cały szereg spraw chorobowych może powodować lekkie zahamowanie hemolizy, nie powinniśmy go jednak lekceważyć, zwłaszcza, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że nawet zupełny brak odczynu kiły bynajmniej nie wyklucza. Schematyzując z konieczności, uważamy Widala za dodatniego dopiero po osiągnięciu miana $^1/_{80}$—$^1/_{100}$, co odpowiadałoby 3—4 plusom w odczynie Wassermanna. O ile się jednak przy Widalu nie ograniczamy mianem $^1/_{100}$, przy kile oznaczamy przez 4 plusy tak ilość reagin, odpowiadającą Widalowi $^1/_{100}$, jak i wyższym rozcieńczeniom surowicy: $^1/_{200}$, $^1/_{400}$, nawet $^1/_{3200}$. Kilka przykładów najlepiej wyświetli tę sprawę.

Jak widzimy, siła odczynu w poszczególnych przypadkach równa się 4, 20, 40, 100, 200 i nawet 400 plusom.*)

Przytoczonych badań wystarcza, aby wykazać, jak wielkim wahaniom ilościowym ulegają znajdujące się w poszczególnych surowicach kiłowych reaginy. Dlatego też 4 plusy, otrzymane tak przed, jak i po pomyślnie przeprowadzonem leczeniu, pomimo pozornie jednakowego, wysoce deprymującego wyniku, w rzeczywistości mogą wykazać dwie zupełnie niewspółmierne wielkości. Dopiero miareczkowanie reagin, wykazujące istotne wahanie siły reakcji, może się w pewnym stopniu przyczynić do lepszej orjentacji w przebiegu choroby. Najlepiej dokonać miareczkowania zmniejszającemi się dawkami danej surowicy; mniej ścisłe jest już miareczkowanie antygenem, najbardziej zaś niepraktyczne wzrastającemi dawkami dopełniacza, gdyż surowice, zawierające dużo reagin, zadsorbują ogromne ilości dopełniacza, nim pewien nadmiar jego spowoduje hemolizę.

Z przytoczonych danych wynika, iż skala reakcji, przyjęta w odczynie Wassermanna, odzwierciadla tylko nieznaczną część skali istotnej. Tem się objaśnia, że analizy surowic kiłowych, zawierających bardzo dużo reagin, dokonane w różnych pracowniach, zazwyczaj nie wykazują sprzeczności: subtelność techniki i używanych odczynników uwydatniają się dopiero, gdy w grę wchodzą już nie kilkadziesiąt i więcej plusów, lecz pojedyńcze plusy. Wassermann, wychodząc z założenia, że mniejszem nieszczęściem jest niewykazanie odczynu u kiłowego, niż zrobienie kogoś kiłowym, tak skonstruował swój odczyn, iż początkowo wykazywał on stosunkowo mało dodatnich wyników i to wyłącznie w przypadkach klinicznie pewnych. Miało to, według L a n g e g o, swoją dobrą stronę, gdyby bowiem odczyn Wassermanna z samego początku wykazywał taką olbrzymią ilość wyników dodatnich, zwłaszcza przy zupełnym braku danych klinicznych i anamnestycznych, do czego się z biegiem czasu przyzwyczajono, odczyn ten zostałby odrzucony, jako niepewny.

Dążeniem wszelkich uczuleń odczynu Wassermanna, podyktowanem przez życie, było i jest wykrycie przypadków klinicznie wątpliwych i niedoleczonych, przedewszystkiem zaś przyśpieszenie rozpoznania w pierwszym okresie. Większość uczuleń można sprowadzić do przesunięcia skali w stronę surowic normalnych tak, iż dodatni Wassermann odpowiadałby mniejwięcej Widalowi $^1/_{60}$, zamiast $^1/_{80}$ itd. w tym samym stosunku, co jest oczywiście połączone z pewnem ryzykiem.

Ponieważ nawet wielokrotne badania krwi w ciągu szeregu lat pomimo stale ujemnego wyniku nie wykluczają późniejszego wiądu rdzenia lub porażenia postępującego, nie mają one właściwie żadnej wartości, o ile nie był również badany płyn mózgowo-rdzeniowy, nie mówiąc już o tem, że badanie płynu jest bardziej wielostronnem. Nie ulega wątpliwości, że w niektórych przypadkach obecność reagin kiłowych daje się stwierdzić wyłącznie w surowicy nienagrzanej; lecz zachowaniu się w odczynie Wassermanna surowicy czynnej poświęcimy specjalną pracę.

Nasuwa się jeszcze jedno pytanie, nie pozbawione znaczenia praktycznego: czy może odczyn Wassermanna, bynajmniej nie będąc swoistym, do pewnego stopnia służyć za odzwierciadlenie czynności odpornościowych ustroju, jak to ma miejsce w również nieswoistym odczynie Weil-Felixa przy durze plamistym.

---

Miareczkowanie było dokonane przez st. asystentkę p. M. T r e n t o v i u s.

| Ilość surowicy w częściach dawki normalnej (0,05) | 1 | 1/2 | 1/5 | 1/10 | 1/25 | 1/50 | 1/100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) W. W. 27 lat. Kiły nie przechodził. Zanik nerwu wzrokowego | ++++ | + | — | — | — | — | — |
| 2) B. Miękki wrzód 1 1/2 roku temu. Leczenie miejscowe | ++++ | ++++ | ++++ | ++ | — | — | — |
| 3) D. N. 26 lat. Lues 2 lata temu. I Kur. 12 zastrzyknięć rtęć. 8 salwars., 27 wcierek | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | (+) | — | — |
| 4) M. W. 24 lata. Żona chorego N. 1. Kiły nie przechodziła. Na nic się nie skarży. | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++ | — | — |
| 5) J. D. 28 lat. Kiły nie przechodziła. Zapalenie kiłowe gardła. | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | +++ | — |
| 6) A. S. 27 lat. Kiła 13 lat temu, niewiadomego pochodzenia (wysypka, (angina) 1 kur. wcierk. Niedomag. ogólne, porażenie nerwu twarzowego | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | (+) |
| 7) Ta sama chora po 3 salwars. i 12 zastrzyknięciach rtęć. Znaczne polepszenie. | ++++ | +++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ |

Kile, jak każdej chorobie zakaźnej, niezawodnie towarzyszy walka ustroju z zarazkiem; G e n n e r i c h przypisuje konstytucji chorego wprost decydujący wpływ na przebieg choroby; znane są fakty bardzo łagodnego przebiegu kiły, zupełnie nieleczonej; nawet i samowyleczenia; z drugiej strony zastanawia częsty brak odczynu Wassermanna przy kile złośliwej. Uodpornienie występuje przy kile dość wcześnie, gdyż wrzód pierwotny jest już przejawem ogólnej reakcji ustroju. Dzięki temu t. zw. superinfectio, możliwa w ciągu pierwszych 3 tygodni, nie spotyka się po wystąpieniu wrzodu. Pomimo krążenia we krwi niweczników, odczyn Wassermanna pozostaje ujemnym, niekiedy nawet jeszcze podczas wysypki. Naogół jednak reakcja staje się dodatnią z chwilą zajęcia gruczołów, kiedy na scenę występują elementy komórkowe. Ciekawe jest, że przy kile złośliwej gruczoły często nie bywają powiększone. Ponieważ rozpad nacieczeń swoistych w kile nieleczonej musi być wynikiem działalności czynników odpornościowych ustroju, a zatem siła odczynu Wassermanna, zależna od ilości krążących we krwi reagin, świadczy poniekąd o napięciu walki.

Często spotykany brak odczynu Wassermanna w kile dziedzicznej u osesków możnaby zatem objaśnić słabym rozwojem czynności odpornościowych w tym wieku. Tem się zapewne tłomaczy, że niektórzy autorzy w dodatnim odczynie Wassermanna gotowi są nawet widzieć objaw pomyślny. Po skutecznie przeprowadzonem leczeniu czyli wyleczeniu, odczyn Wassermanna, z braku niezbędnych czynników, znika. Ponieważ przebyta kiła ustroju nie uodparnia i nie zabezpiecza przed nowem zakażeniem, dodatni Wassermann pomimo licznych leczeń i braku objawów klinicznych musi być uważany za przejaw ukrytej sprawy kiłowej, a nie za wyraz dalszego wytwarzania niweczników, jak to ma miejsce w o s t r y c h chorobach zakaźnych.


Streszczenie.

1) Odczyn Wassermanna jest zjawiskiem fizykalno-koloidalnem, zależnem od wzmożonej chwiejności globulin surowicy kiłowej.

2) Chwiejność globulin uwydatnia się przez silniejszą adsorbcję cząsteczek globulinowych wskutek ich gorszego uwodnienia.

3) Zmienione globuliny, czyli tak zwane reaginy, powstają najprawdopodobniej w swoistych ogniskach drobnokomórkowych.

4) Różnica pomiędzy surowicą kiłową a normalną jest tylko ilościowa.

5) Siła odczynu Wassermanna, zależna od ilości krążących we krwi reagin, przedewszystkiem świadczy o rozpowszechnieniu ognisk chorobowych; poniekąd może ona również służyć za wskaźniki czynności odpornościowych ustroju.

6) Ilość zawartych w surowicy kiłowej reagin uwydatnia dopiero miareczkowanie, które się może zatem przyczynić do lepszej orjentacji w przebiegu choroby.

7) Ujemny odczyn Wassermanna w żadnym razie nie wyklucza kiły; jest on zupełnie bezwartościowy, o ile jednocześnie nie był badany płyn mózgowo rdzeniowy.

8) Dodatni odczyn Wassermanna, pomimo licznych leczeń i braku objawów klinicznych, musi być uważany za przejaw ukrytej sprawy kiłowej.



**Piśmiennictwo.**

1) K a p s e n b e r g. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1921 t. 31. 2) W e i s b a c h. Wassermann'sche Reaction u. Ausflockungsreactionen. Jena 1921. 3) G l o o r i K l i n g e r. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1920. t. 29. 4) F e l k e - Zeitschr. f. Immunitätsf. 1921. t. 32. 5) H e r z f e l d i K l i n g e r. Münch. med. Woch. 1917 N. 46. 6) L a n g e. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1921. N. 23—24. 7) H i r s z f e l d i K l i n g e r. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1914. t. 21. 8) N a t h a n. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1918. t. 27 i 1920 t. 29.

## Z praktyki.

J. Tomanowski, lekarz Szpit. Okręg. w Zabłudowie.

### O leczeniu chorych na dur osutkowy sposobem Dra A. Brennera.

W Polskiej Gazecie lekarskiej N. 8. 1922 i w Medizinische Klinik N. 33 1921 r. Dr. Brenner ogłosił swoje doświadczenia nad leczeniem chorych na dur osutkowy terpentyną i wodnikiem terpenu (*terpinhydrat*). Wszystkich chorych było 150, przyczem Dr. Brenner doszedł do tego przekonania, że najlepiej działają na chorych wziewania terpentyny przez nos. Dwa tampony z waty obficie zmoczene w terpentynie wkłada się w nozdrza. Objawów podrażnienia błony śluzowej nie zauważono. Ilość zużytej terpentyny wynosi 20.0 dziennie. Wziewania te najlepiej działają, jeżeli zastosuje się je w pierwszych dniach choroby przed wystąpieniem wysypki, w niektórych razach działają, jak się wyraża Brenner, wprost poronnie. Po zjawieniu się wysypki wziewania tylko łagodzą przebieg choroby; sprowadzają sen lepszy, zmniejszają drżenie i inne objawy nerwowe; szczególnie dobrze działają te wziewania na różne powikłania płucne w przebiegu duru.

W końcu swej pracy Brenner zaznaczył, że w ciężkich przypadkach duru zaczął robić doświadczenia nad leczeniem chorych terpentyną ozonowaną i otrzymał świetne wyniki; wobec tego stosowałem tylko wyłącznie terpentynę ozonowaną. Aby ją otrzymać, nalewano terpentynę na duże płaskie talerze i poddawano ją na dziedzińcu działaniu promieni słonecznych w ciągu dwóch godzin, poczem zlewano ją do butelek, które mocno zatykano. Z początku robiłem wziewania za pomocą wałków wkładanych w nozdrza chorych, tak jak zaleca Brenner. Ale po paru dniach zarzuciłem to, gdyż stwierdziłem, że terpentyna drażni błonę śluzową, a wałki tamują oddech u chorych nieprzytomnych. Zacząłem robić wziewania chorym za pomocą specjalnego przyrządu własnego pomysłu. Na górnej poręczy łóżka umocowywa się trójkąt z mocnego drzewa, jedno ramię tego trójkątu jest krótsze, drugie ma długości 1 $^1/_2$ arszyna. Na tem długiem ramieniu przymocowany jest sznurkiem kawał grubego lnianego płótna, który można dowolnie przesuwać.

Pielęgniarka od czasu do czasu zwilża koniec tego płótna ozonowaną terpentyną i tak je przesuwa, żeby zwilżony koniec był stale w pobliżu ust chorego. Oprócz tego co 3 godziny za pomocą rozpylacza zwilża się poduszkę koło głowy chorego. Takim sposobem chory ciągle pozostaje w parze ozonowanej terpentyny. W ten sposób leczono 34 chorych, z których u 18 stosowano same wziewania, a 16-tu oprócz wziewań dawano jednocześnie i terpinhydrat po 0,24 3 razy dziennie. Wodnik terpenu dawałem takim chorym, u których występowały powikłania w płucach, lub u których była dość słaba działalność serca. Podczas doświadczeń badałem mocz u chorych na białko, ale nie zauważyłem nigdy złego działania na nerki. Ślady białka, jakie były w chwili przybycia do szpitala u niektórych chorych, nie zwiększały się po wziewaniach. Brak mikroskopu i pracowni analitycznej przy szpitalu nie pozwolił mi na dokonywanie szczegółowego rozbioru moczu chorych. Na nieszczęście wśród chorych nie było ani jednego, któryby wstąpił do szpitala w pierwszych dniach choroby; wskutek tego nie udało mi się stwierdzić tego poronnego działania wziewań na chorych, o jakiem wspomina Brenner. Pomimo to u wszystkich chorych widziałem bardzo dodatnie działanie wziewań terpentyny na przebieg duru osutkowego, a mianowicie: 1) Chorzy lepiej spali. 2) Byli daleko spokojniejsi niż leczeni zwykłą metodą; drżenie jakoteż i inne objawy nerwowe były wyrażone w słabym stopniu. 3) Wziewania terpentyny bardzo dodatnio działały na powikłania ze strony płuc. Przed stosowaniem leczenia za pomocą wziewań terpentyny straciłem kilku chorych durowych, potem wypadków śmiertelnych nie miałem. 4) Chorzy lepiej jedzą. 5) Wreszcie terpentyna ozonowana oczyszcza powietrze w salach chorych.

O wynikach leczenia najlepiej świadczy statystyka szpitalna od 1 stycznia do 8 marca b. r. 51 chorych na dur plamisty leczono zwykłym sposobem, z nich umarło 7, t. j. 14%; od 8 marca do 8 maja leczono 34 chorych, wszyscy wyzdrowieli. O osłabieniu siły zarazka duru nie może być według mego zdania mowy, bo chorzy pochodzili z tych samych domów, co leczeni zwykłym sposobem.

Zbierając powiedziane jestem tego samego zdania, co i Brenner, że leczenie chorych na dur osutkowy wziewaniami terpentyny powinno zająć jedno z pierwszych miejsc w leczeniu tej choroby. Potrzebne są tylko dalsze badania kliniczne, potwierdzające powyższe wyniki.

---

## Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz. Lwów.

### O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych nieswoistemi ciałami białkowemi i kolloidowemi [1]).

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz.

Środki stosowane zewnętrznie przy schorzeniach skóry działają jedynie objawowo i usuwają tylko zmiany miejscowe. Chcąc wpłynąć na proces, wywołujący chorobę, musimy częstokroć zadziałać na cały ustrój, aby nietylko usunąć wewnętrzne przyczyny chorobowe, lecz ponadto zmienić stan tkanek i uprzystępnić je dla leczenia. Osiągamy to przez odpowiednie odżywianie i wprowadzanie leków do organizmu.

Leczenie powinno a) uwzględnić przedewszystkiem usposobienie anatomiczne, określające nam rodzaj, postać i przebieg zmian chorobowych, następnie zaś b) wpłynąć także na usposobienie biologiczne.

W ostatnich lat dziesiątkach zwrócono uwagę na zabiegi lecznicze, mające na celu sprowadzenie zmiany krwi chorych osobników.

Również wiele metod, wywierających wpływ na krew, wprowadzono w dermatoterapji. W pierwszym rzędzie rozwinięcie techniki wlewań dożylnych salwarsanu spowodowało stosowanie innych środków w podobny sposób. Bruck (1911) zalecił w celu leczenia chorób skórnych upust krwi z następowem wlewaniem soli kuchennej.

Upuszczał on 250—750 cctm krwi, poczem wstrzykiwał w powolnem tempie pod skórę lub do żyły 500—1500 cctm, świeżo przyrządzonego, odpowiednio temperowanego, fizjologicznego roztworu soli kuchennej. To przemywanie krwi (Sahli) rozcieńcza ją znacznie po uprzedniem odprowadzeniu części pierwotnie nieodpowiedniej. Zaletą tej metody jest łatwość stosowania i nieszkodliwość wobec niezaprzeczonej skuteczności w pewnych przypadkach. Chwilowy zapad, wyjątkowo występujący, nie zdarza się przy upuszczeniu mniejszych ilości krwi, to też 50 cctm, może zupełnie wystarczyć.

Bruck podnosi korzystne wyniki, jakie tym sposobem osiągnął przy swędzących dermatozach (pokrzywka, świąd, pruritus). Potwierdzają to również inni autorowie (Simon Zieler, Rosental, Linser).

W klinice lwowskiej stosujemy tę metodę stale przy świerzbiączce, pęcherzycy, a zwłaszcza przy bardzo uporczywym i silnie swędzącym wyprysku, z wybitnym skutkiem. Chorzy z wypryskiem przewlekłym, którzy raz byli w ten sposób leczeni, zgłaszają się w razie zaostrzenia prosząc o ponowne stosowanie tego leczenia. Nie upuszczamy jednak więcej jak 100 cctm krwi, wstrzykując do żyły nie więcej, jak 250 cctm roztworu soli.

Przemywanie krwi odgrywa niezawodnie ważną rolę przy zapoczątkowaniu w naszej klinice przez Leszczyńskiego leczenia pęcherzycy wlewaniami $^1/_2$% gr roztworu chininy w większej ilości (200 do 250 cctm) roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Takich dożylnych wlewań można uskutecznić znaczną ilość (30—50). Wpływają one korzystnie nie tylko na odnowę przyskórka nawet w najcięższej postaci pęcherzycy łuszczącej się, lecz ponadto zmniejszają ekssudacją.

Nawroty stają się coraz słabsze i rzadsze a stan sił chorego poprawia się; przebieg w ogóle łagodnieje. Z tego powodu metoda ta zyskała sobie nie tylko u nas lecz i za

[1]) Wykład wygłoszony w Lwowskiem Towarzystwie lek.

granicą prawo obywatelstwa w leczeniu pęcherzycy. Natomiast stwierdziłem mniejszą skuteczność dożylnych wstrzykiwań takich samych dawek chininy, lecz rozpuszczonych tylko w małej ilości fizjologicznego rozczynu soli (10—20 cctm). Wynika stąd, iż większa ilość tego rozczynu podnosi skuteczność metody. Więc nie samo tylko przeciwzapalne, tonizujące i wzmacniające, działanie chininy ma tu znaczenie, lecz i znaczniejsza ilość roztworu soli.

Należy dalej wspomnieć o samym upuście krwi (bez następnego wlewania) w ostatnich czasach na nowo podejmowanym w dermatoterapji; stara to wielkiem powodzeniem dawniej ciesząca się a następnie zupełnie zaniechana metoda. W r. 1910 Bonne zaleca ją celem leczenia wyprysku łojowego. Zwłaszcza Luithlen i Stern podnoszą skuteczność tego zabiegu przy schorzeniach skóry. Przy ostrej anemji, która wystąpiła u chorego na *lupus vulgaris* po stosowaniu kwasu pyrogalusowego, uzyskał Stern wyzdrowienie skutkiem upustu 500 cctm krwi. Podobnież przy surowiczem zapaleniu kiłowem opon mózgowych. Przypisuje on z tego powodu wyższość upustowi krwi nad nakłuciem lędźwiowem. Przy pęcherzycy, pokrzywce upuszczał S. po 100 cctm. Także Kingsbury, Bechet, Achard, Flandin oświadczają się za upustem krwi przy dermatozach.

W ostatnich czasach upuszczał Kyrle po 100 cctm krwi10 razy i częściej u chorych kiłowych w czasie leczenia swoistego.

Moje kliniczne spostrzeżenia utwierdziły mnie w przekonaniu iż mierne upusty krwi (500—100 cctm) dają częstokroć dobre wyniki lecznicze i tak w ostrym wyprysku, opornym na leczenie miejscowe zwłaszcza u nadmiernie odżywionych lub uratycznych osobników.

Odnieść to należy chociażby do odciążenia tkanek przez odprowadzenie z tychże surowicy dla wyrównania w jak najkrótszym czasie utraty, wywołanej przez upust. Powiększeniem zaś ilości leukocytów tłumaczy się korzystny wpływ, jaki ten zabieg wywiera niekiedy na wyprysk osobników niedokrwistych i zołzowych. Upust krwi wywiera nie tylko wpływ na narządy krwiotwórcze, lecz ponadto na przemianę materji, jakoteż na wewnętrzne wydzielanie.

W miarę postępu badań bakteriologicznych i serologicznych starano się o czynne i bierne uodpornienie zapomocą szczepionek i surowic i stosowano parenteralnie białko. W ostatnich czasach stwierdzili liczni autorowie, jak R. Schmidt, Bier, Weichardt, R. Müller, Schittenhelm, Dölken, Rolly, Lindig i i. działanie lecznicze istot białkowatych przy rozmaitych chorobach. Poczęto więc stosować proteinoterapję także w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych obok szczepień w formie ciał drobnoustrojów nieżywych, surowic leczniczych i leków o składzie skomplikowanym (arsenobenzol).

O ile chemoterapja ma na celu zadziałać na zarazki bezpośrednio za pomocą odpowiednio sporządzonych środków leczniczych, o tyle zadaniem metod wspomnianych było wzmocnienie samoobrony organizmu czyli działanie pośrednie na chorobotwórcze przyczyny. Właściwie Bier pierwszy rozpatrywał nieswoistą proteinoterapję ze stanowiska, na którem dziś stoimy. Podnosił on pożyteczność zapalenia jakoteż gorączki dla zwalczania spraw zakaźnych. W tym też celu wzmagał przekrwieniem miejscowy proces zapalny, aby wpłynąć łeczniczo na sprawę chorobową.

Celem leczenia zapalnych dermatoz użył Linser prawidłowej surowicy krwi innych zdrowych osobników, wstrzykując po 20 cctm podskórnie lub do żyły. Skłoniło go do tego doświadczenie, jakie zrobił na ciężarnych. W przypadku liszaja u ciężarnych (*Herpes gestationis*) zastosowali Linser i Mayer 20 cctm surowicy ludzkiej z osoby nieciężarnej bez jakiegokolwiek skutku. Natomiast po dwukrotnem wstrzyknięciu 20 cctm surowicy ze zdrowej ciężarnej ustąpiła tak gorączka, jakoteż pęcherze i krosty w przypadku liszaja u ciężarnych.

Podobnie zachowywały się też różne inne dermatozy ciężarnych przy tem leczeniu, zwłaszcza pokrzywka (występująca bez wiadomej przyczyny), a nawet liszajec pryszczykowy (*Impetigo herpetiformis*). Toż samo potwierdzili Mayer, Veiel, Rübsamen, Freund i i.

Skłoniło to Linsera do stosowania cudzej surowicy prawidłowej u osobników nieciężarnych. Stwierdzał on dobry skutek już po 1—2 wstrzyknięciach przy pokrzywce, ogniku, świerzbiączce. Po 6—8 wstrzyknięciach ustępował przy świądzie starczym. Także uporczywe postacie świądu przy żółtaczce szybko polepszyły się. Przy ciężkiej żółtaczce w chorobie czarnej noworodków (*Malaena neonatorum*) przypisują Franz i Merckens tej metodzie wprost działanie ratujące od śmierci. Linser zaleca ją dalej przy osutkach toxycznych (po tuberkulinie, rtęci, salwarsanie, jodzie, chininie), jakoteż przy rumieniu wysiękowym i plamicy. Jednakowoż te dwa schorzenia ustępują, jak wiemy, także zupełnie bez leczenia. Z dwu przypadków gnilca jeden miał Linser uleczyć, drugi skończył się śmiertelnie. W toczniu rumieniowatym widział Linser dobry skutek, podczas gdy przewlekły, podobnie jak łuszczyca, pozostały bez wpływu przy tem leczeniu. Przy wyprysku opisuje Linser w niektórych przypadkach polepszenie, podczas gdy Heuck widział pogorszenie przy *Eczema universale pruriginosum.* Wyjątkowo zauważyli oni obaj występowanie pokrzywki po tych wstrzyknięciach. Przy lżejszych przypadkach pęcherzycy widział Linser dobre wyniki tej metody, w cięższych zawiodła go podobnie jak przy *Dermatitis herpetifornis* (Duhring). Prätorius wstrzyknął do żyły u kobiety cierpiącej od 2 lat na pęcherzycę (p. złośliwa) bezpośrednio przedtem upuszczoną krew męża tejże i miał osiągnąć po tem wstrzyknięciu uleczenie.

Stosowanie własnej surowicy zamiast cudzej zaleca Spiethoff, postępując w ten sposób, iż wstrzykuje co 3-ci dzień u dorosłego tę ilość surowicy, jaką otrzymuje z 50—100 ccm upuszczonej krwi. Skoro skutek da się stwierdzić, powtarza jeszcze te wstrzykiwania dwa razy w tygodniu. Tą metodą leczył świąd w każdym wieku, dalej pokrzywkę, polepszenie zaś po niej stwierdzał przy świerzbiączce.

Przy wyprysku w ogóle nie zaleca tej metody. Natomiast korzystne wyniki uzyskiwał przy wyprysku opornym na wszelkie leczenie zewnętrzne. Na łuszczycę leczenie to pozostawało bez wpływu. Dobry skutek przy pęcherzycy mógłby się jednak odnosić do równoczesnego stosowania przez Spiethoffa (śródżylnie) chininy lub optochiny. Od r. 1913 Ravaut wstrzykiwał własną krew podskórnie z dobrym wynikiem przy rozmaitych dermatozach. Spiethoff zaleca to samo śródżylnie.

W klinice lwowskiej stwierdziliśmy w dwu przypadkach pęcherzycy polepszenie, wstrzykując surowicę z przypadku trzeciego, będącego w inwolucji. Jeden z tych przypadków ciężki z dążnością do złuszczenia, drugi bardzo uporczywy, w którym przerwano wlewania chininy z powodu wywoływania drgawek. Obawiając się zbyt silnego odczynu u osłabionych i gorączkujących chorych wstrzykiwano 2 razy w tygodniu w mięśnie pośladków.

Na ogół wstrzykiwania cudzej surowicy są połączone z trudnością uzyskania tejże. Najczęściej wzbraniają się względnie zdrowe osobniki przed zabiegiem wenepunkcji, uważają ją bowiem za szkodliwą dla siebie. Ponadto wstrzykiwania te nasuwają niebezpieczeństwo zakażenia z przeoczonych przypadków gruźlicy i kiły (seronegatywnej). Z tego powodu wiele momentów przemawiałoby raczej za stosowaniem własnej surowicy, nie mogącej pociągnąć za sobą zakażenia chorego inną chorobą (gruźlicą, kiłą).

Surowica zwierzęca działa wprawdzie silniej niż ludzka, lecz wobec potrzeby częstszych wstrzykiwań i niebezpieczeństwa anafilaxji nie nadaje się w ciężkich przypadkach.

(C. d. n).

---

## Oceny i sprawozdania.

L. Timbal. **Biegunka przewlekła.** *(Les diarrhées chroniques*, **Etude clinique, coprologique et therapeutique.** Préface du Docteur J. Charles Roux. 1 volume de 270 pages avec figures. Masson et Co Editeurs). Cena 12 fr. net.

Z biegunką spotykamy się często w praktyce lekarskiej. Biegunka ostra zwykle trwa krótko i naogół nie przedsta-

wia szczególnych trudności rozpoznawczych. W przeciwieństwie do tego biegunki przewlekłe w chwili obecnej stanowią jeden z najbardziej zagmatwanych rozdziałów patologji. Liczne są tego przyczyny. W samej rzeczy trudno jest nieraz odróżnić biegunkę prawdziwą od rzekomej, która jest odmianą zaparcia stolca. Biegunka bywa również wyrazem złożonych objawów patologicznych, które zachodzą w jelitach, jest wynikiem przyczyn ogólniejszej natury również skomplikowanych. Ta różnorodność przyczyn, których następstwem bywa biegunka, jest właśnie treścią powyższej książki. Dla większości praktyków biegunka jest zaburzeniem czysto jelitowem, a co za tem idzie, i leczenie powinno się ograniczać do tego narządu. Autorowi chodzi o to, ażeby to za ciasne, według niego, pojęcie rozszerzyć, a to z tego powodu, że znaczna część biegunek przewlekłych jest pochodzenia pozajelitowego a leczenie takich biegunek może być tylko wtedy skutecznem, gdy lekarz uświadomi sobie ich pochodzenie.

Więcej niż połowę swej pracy autor poświęca opisowi postaci klinicznych biegunki i przesuwa po kolei obrazy kliniczne biegunki pochodzenia mechanicznego (związane przedewszystkiem z zaburzeniami sercowemi) — biegunki toksyczne, pochodzenia nerkowego — pasorzytnicze — swoiste (gruźlica i kiła). Obok tych biegunek pochodzenia pozajelitowego opisuje biegunki dyspeptyczne, kładąc nacisk na biegunki, zależne od nieprawidłowej czynności żołądka (nadkwaśność, niedokwaśność) i biegunki zakaźne czyli zapalenia jelita grubego w ściślejszem znaczeniu *(colitis)*. Tę najważniejszą część pracy poprzedza bardzo wyczerpujący wykład metod rozpoznawczych, a w szczególności badania kału (coprologja) na podstawie najnowszych badań własnych i cudzych.

Niezależnie od wskazówek leczniczych w każdym poszczególnym rodzaju biegunki, znajdujemy ogólną metodykę leczenia biegunek przewlekłych, jak: higjena, odżywianie, leki, zabiegi terapji fizykalnej, leczenie wodami mineralnemi. Każdy z rozdziałów tej interesującej książki uwzględnia dokładnie piśmiennictwo europejskie (przeważnie francuskie).

Autor był szefem kliniki i preparatorem Wydziału lekarskiego w Tuluzie. J. Ch. Roux w przedmowie nazywa tę pracę sumienną, jasną i wyczerpującą *(probe, clair et complet)*, na co się chętnie można zgodzić.

**Neurologji polskiej**, 6 tom został wydany pod redakcją L. Bregmana, E. Flataua, M. Gantza, H. Higiera, Wł. Janowskiego, J. Koelichena, S. Kopczyńskiego, Z. Srebrnego, Wł. Sterlinga.

Tom ten poświęcono »Drowi Samuelowi Goldflamowi w 70 rocznicę urodzin, w uznaniu Jego wielkich zasług dla nauki polskiej, od przyjaciół i uczniów«.

Oprócz życiorysu Goldflama, zawierającego Jego charakterystykę, jako pierwszorzędnego badacza i klinicysty, pióra kol. M. Biro, znajdujemy tu 42 prace z dziedziny neurologji lub pogranicza, oraz sprawozdania z posiedzeń sekcji neurologiczno-psychjatrycznej Warsz. Towarzystwa Lekarskiego z 4 lat (1916—1920). Całość, obejmująca przeszło 30 arkuszy druku (str. 395 + CI.), została starannie i estetycznie wykonana w drukarni R. Kaniewskiego. Piękne to wydawnictwo, zawierające wiele prac o głębszej wartości, świadczy wymownie o szacunku i sympatji, jaką się cieszy ten pionier naszej neurologji, skromny a niestrudzony pracownik w szerokich kołach naszego świata lekarskiego. Ozdobnie oprawny egzemplarz książki wręczyła jubilatowi delegacja złożona z Jego uczniów i przyjaciół.

*A. Puławski* (Warszawa).

## Przegląd piśmiennictwa.

### Choroby wewnętrzne.

Journal of the Amer. Medic. Association.
Nr. 14. 8/IV. 1922.

E. Francis. **Toularemia Francis 1921.** Pod taką nazwą opisuje Francis chorobę zakaźną, spotykaną w stanie Utah (St. Zjedn. Amer. Półn.). Cierpienie to jest spowodowane przez *bacterium toularense*; drobnoustroje te spotyka się przeważnie u gryzoniów (zajęcy), a przenosi się na człowieka przez ukąszenie pewnego rodzaju pcheł. Na miejscu ukąszenia powstaje zaczerwienienie i obrzęk zapalny. Miejscowe gruczoły chłonne puchną i ciepłota dochodzi do 39 C. Stan taki trwa od tygodnia do czterech. Śmierć następuje tylko wskutek powikłań. Z krwi zwierząt oraz ludzi, dotkniętych tą chorobą, wychodował Fr. *bact. toularense*. Surowica chorych aglutynuje owe bakterje.

W. F. Petersen. **O odczynie Kottmanna.** Według Kottmanna surowica ludzi, dotkniętych chorobą Basedowa bardziej, aniżeli surowica osobników zdrowych, wstrzymuje proces zciemnienia związków światłoczulnych poddanych działaniu światła. Jeżeli do surowicy człowieka zdrowego dodamy jodku srebra, to po mocnem naświetleniu oraz po »wywołaniu« za pomocą hydrochinonu, wystąpi po pewnym czasie brunatne zabarwienie. Surowica ludzi o nadmiernej działalności tarczycy, wskutek wzmożonego stopnia dysperzji jej koloidów, (t. j. zwiększonej sile ochronnej) zmniejsza czułość jodku srebra na światło; wskutek tego zaciemnienie występuje daleko później. Na 70 przypadków hypertyreoidyzmu opóźnienie to wystąpiło w 65 razach, podczas gdy w 400 surowicach ludzi zdrowych, oraz chorych o prawidłowej tarczycy, odczyn Kottmanna występował po kilku minutach. Z leków jedynie sole bromowe opóźniają odczyn Kottmanna. Wobec tego opóźnienie odczynu Kottmanna (poza używaniem bromków) wskazuje, zdaniem autorów, na wzmożoną działalność tarczycy.

F. West. **Nowy sposób określenia wapnia oraz trombiny w surowicy.** Krew po dodaniu cytrynianu sodu nie krzepnie wskutek tego, iż bez jonu wapniowego, (związanego przez kwas cytrynowy), protrombina (trombogen) nie zamienia się w trombinę. Wobec tego krzepnięcie cytrynianowego osocza może być spowodowane: a) przez dodanie wapnia (zamiana protrombiny na trombinę) i b) przez dodanie gotowej trombiny. Surowica krwi zawiera obydwa ciała; przez ogrzewanie surowicy do 58 C. usuwamy działanie trombiny, pozostaje tylko wapień, którego wpływ na krzepnięcie cytrynianowego osocza da się porównać z tromboplastyczną działalnością określonych ilości wapnia. W ten sposób, przez dodanie do osocza ogrzanej i nie ogrzanej badanej surowicy określamy w niej ilość jonów wapniowych oraz ilość trombiny.

Foster i Whipple. **O pochodzeniu ciał białkowych krwi.** Z badań nad psami wynika, iż nieznaczne uszkodzenie wątroby powoduje wzrost ilości fibrynogenu we krwi; poważne zaś uszkodzenie wywołuje nagły spadek tego ciała białkowego. Podrażnienie którejkolwiek tkanki w ustroju, prawdopodobnie przez pobudzenie działalności wątroby, również wzmaga poziom fibrynogenu we krwi, tak n. p. w sprawach zapalnych zwiększona ilość fibrynogenu krwi wywołana jest nie dzięki obecności bakteryj (obce białko), lecz wskutek miejscowego podrażnienia tkanek. Szybka regeneracja fibrynogenu po większym upuście krwi jest możliwą dzięki zapasom oraz stałej jego produkcji w wątrobie.

*M. Landesberg* (Warszawa).

Bortier. **Wypadek anemji z zejściem śmiertelnem przez działanie promieni Roentgena.** Bordier podaje spostrzeżenie F. E. Larkins'a dotyczące wypadku anemji złośliwej z zejściem śmiertelnem u laboranta swojego zakładu. P. X. lat 43. Zdrów do stycznia 1921 r.; pracuje od lat 15, jako laborant w pracowni rentgenologicznej. Analiza krwi, zrobiona przypadkowo w październiku 1920 r. wykazała: ciałek czerwonych 4,200.000, c. białych 7.200. W styczniu 1921 r. p. X. uskarżał się na krótki oddech i brak apetytu. Cera stała się cytrynowo-żółtą, 4. lutego badanie ponowne krwi wykazało: Hb — 54%, c. cz. — 2,700.000, c. b. 1600 (lymphocytów 76%, wielojądrzastych 20%, eozynofilów 3%). Zmian organicznych w sercu nie wykryto. Tętno — 90. Ciepłota wieczorna od miesiąca: 37,7. Chory pozostał w łóżku, ale pomimo krótkotrwałej poprawy po zastosowaniu żelaza i arszeniku zjawiły się mózgowe objawy, zamroczenie umysłu, osłabienie pamięci. 6. marca ilość krwinek czerwonych obniżyła się do 1,350.000. 9. marca krwotok do siatkówki. 16. marca po przetoczeniu krwi ciepłota podniosła się do 41°, tętno do 150. Po silnych krwotokach nosowych chory zmarł 21. marca.

Jako przyczynę tej anemji dr. Larkins podaje zamianę lamp (rur) o promieniach miękkich mało przenikliwych, na lampy o promieniach b. przenikliwych. Dodaje przytem, że środki ochronne dla pracujących stale w pracowniach rentgenologicznych są często niewystarczające.

Autor proponuje, żeby krew osób będących w styczności z promieniami X lub też promieniami radu była badana okresowo, by móc zapobiedz wyżej opisanym wypadkom.

Lignac. **Przypadek olbrzymiej odbytnicy.** Chory od dzieciństwa miał stolec co 35—40 dni; w międzyczasie czuł się doskonale. Po stolcu waga jego zmniejszała się o kilka kilogramów. Badanie rentgenologiczne wykazało olbrzymią odbytnicę i esicę, do których swobodnie weszła masa kontrastowa w ilości 2.400 gr.

Barret. **Oznaki rentgenologiczne zwężenia odźwiernika; zwężenie i skurcz.** Metoda badania zwężenia odźwiernika, opierająca się na opóźnianiu się opróżnienia żołądka, nie jest miarodajną z następujących względów: 1) Znaczne opóźnienie (do 10 g.) może być zależne od skurczu odźwiernika; od rozszerzenia żołądka; od osłabionego ruchu robaczkowego. 2) Przy zaczynającem się zwężeniu brak jest częstokroć opóźniania się opróżnienia.

Jako zespół objawów wczesnych radjologicznych zwężenia uważa autor: a) zaburzenia funkcji motorycznej, b) rozszerzenie części przedodźwiernikowej żołądka, c) zaburzenia w opróżnianiu.

a) Zaburzenia funkcji motorycznej ujawniają się we wzmożonej perystaltyce oraz w następującej po niej fazie znużenia. Kolejność wysiłku i wyczerpania są wyrazem walki organu z przeszkodą. Fale perystaltyczne są czasami tak głębokie, że żołądek ma kształt wielokomorowy.

b) Rozszerzenie części przedodźwiernikowej daje się zauważyć już na samym początku cierpienia, kiedy jednak sprężystość mięśnia w innych częściach jest dostateczną. Część ta ma kształt głowy ptasiej. Najbardziej uwydatnia się ona w chwili znużenia.

Przy skurczu żołądka perystalstyka jest osłabioną, pojedyńcze fale skurczowe słabe, wolno postępują w kierunku odźwiernika. Ścianki żołądka jednak nie wykazują zwolnienia mięśnia, część zaś przedodźwiernikowa jest silnie skurczona.

c) Zaburzenia w czasie opróżniania mogą być bardzo nieznaczne. Najmniejsze opóźnienie ma wielkie znaczenie, jeżeli da się stwierdzić jednocześnie zaburzenia powyżej opisane; zaś przy ich braku nawet znaczne opóźnianie się w opróżnianiu nie przemawia za zwężeniem odźwiernika. Sposób opróżniania się żołądka zależy od istoty przeszkody: czy jest ona organiczną, czy tylko pochodzenia skurczowego (spasme). Jeżeli mamy do czynienia z przeszkodą organiczną, opróżnianie zależy od siły perystaltyki. W czasie skurczu (spasme) opróżnianie ustaje, po ustaniu skurczu staje się normalnem.

Hadengue. **Leczenie promieniami Roentgena neuralgji, jako postaci jednoobjawowej nagminnego zapalenia mózgu.** Autor podaje spostrzeżenia dotyczące 37 przypadków newralgji typu korzonkowego splotu ramieniowego, jako postaci jednoobjawowej nagminnego zapalenia mózgu (encephalitis lethargica) nie zaś jako pozostałości zapalenia.

Objawy kliniczne były mniej więcej jednakowe u wszystkich chorych: znużenie, lekki ból głowy, stan podgorączkowy, bezsenność, czasami czkawka. Po 24—48 g. występowała silna jednostronna newralgja umiejscowiona w splocie ramieniowym, rzadziej szyjno-ramieniowym. Działanie środków przeciwbólowych było bardzo nieznaczne lub nie koiły bólu zupełnie. Chorzy w czasie leczenia promieniami X. nie przyjmowali żadnych lekarstw oprócz urotropiny, która według zdania autora wpływała dodatnio na leczenie promieniami. Z 37 chorych — jeden wyzdrowiał po 1 seansie, 4 zaprzestało leczenia się z poprawą, ale w ciągu 2 miesięcy uczuwali tępy ból i mrowienie u rąk. Reszta zaś chorych już w 10 dni po naświetlaniu wyzdrowiała zupełnie, chociaż niektórzy z chorych zaczęli się leczyć dopiero po 3 miesiącach choroby.

Garcin. **Gruźlica kręgosłupa.** Autor podaje historję choroby oraz rentgenogramy dwuch chorych. Przyp. I. klinicznie: gruźlica płuc otwarta, laseczniki stwierdzone; ropień opadowy w dole biodrowym lewym z otwartą przetoką pachwinową. Rentgenogram wykazuje zmiany, umiejscowione w IV i V kręgach lędźwiowych, które mają klasyczny wygląd z bocznemi wyroślami kostnemi w postaci dziuba papugi.

Przyp. II. klinicznie: sztywność całego kręgosłupa bez żadnego wygórowania (*saillie*). Pochylenie tułowia ku przodowi; zapalenie opłucnej z wysiękiem krwawym pochodzenia gruźliczego oraz wodniak jądra. Zdjęcie wykazuje zmiany wszystkich kręgów polegające na bocznych wyroślach kostnych w kształcie dzióba papugi, nadających kręgom wygląd diabolo (zabawka w kształcie szpulki). Ze zdjęć wyżej opisanych wynika, że istnieją cierpienia obejmujące cały kręgosłup pochodzenia gruźliczego. Identyczne zmiany w kręgach spostrzega się też przy cierpieniach gośćcowych. Z dyskusji wyłoniło się, że podobne zmiany powstają też u chorych na trypra, czasami jednak są stwierdzane u chorych, którzy na żadne bóle w okolicy kręgosłupa nie uskarżali się, zmiany więc były wykryte zupełnie przypadkowo.

*Jadwiga Magnuszewska* (Warszawa).

## Choroby oczne.

### Archives d' Ophtalmologie.

Nr. 12. 1921.

Frenkel. **O wyjmowaniu ciał obcych z oka zapomocą elektromagnesu.** Istnieją różnego rodzaju elektromagnesy, które według wielkości dzielimy na małe, n. p. elektromagnes Hirszberga, olbrzymie, n. p. elektromagnes Haaba, wreszcie forma pośrednia skonstruowana przez Dorna. Autor podaje dokładny opis olbrzymiego elektromagnesu, wykonanego przez Dra Aufaurea, który stale jest używany w klinice okulistycznej w Tuluzie. Gdy mamy podejrzenie istnienia ciała obcego, elektromagnes zwłaszcza formy olbrzymiej, pozwala w sposób najprostszy i najpewniejszy na postawienie diagnozy co do jego charakteru (magnetycznego lub nie) i umiejscowienia. Wywiady w tym względzie są bardzo niemiarodajne, badanie roentgenologiczne również często zawodzi zwłaszcza, gdy chodzi o liczne drobne odłamki po wybuchu. Przystawiając koniec magnesu do rogówki i zamykając prąd, zauważamy po pewnej chwili, że tęczówka wypukla się w jednem miejscu, niekiedy pojawia się tam maleńki krwotok. Jednocześnie chory uczuwa ból. Rozpoznanie jest pewne, mamy do czynienia z ciałem obcem, które elektromagnes przyciąga. Co się tyczy wyjęcia ciała obcego śródocznego, to możemy dokonać tego drogą przednią, o ile ciało obce znajduje się w odcinku przednim gałki, lub, o ile je tam zapomocą elektromagnesu olbrzymiego przyciągnięto, albo też drogą tylną wprost z rany twardówkowej lub też po nacięciu twardówki, o ile rana pierwotna jest już zabliźniona. Przy wyjmowaniu ciała obcego drogą przednią robimy naprzód keratotomię, irydektomia najczęściej nie jest potrzebna, mały elektromagnes w większości przypadków jest wystarczający, przy drodze tylnej nieodzownym prawie zawsze jest elektromagnes olbrzymi lub wreszcie formy średniej. Wyniki operacyjne na ogół zadowalniające zależą od czynników następujących: 1) od wielkości ciała obcego, 2) od czasu, przez jaki ciało obce w oku pozostawało, 3) od jego umiejscowienia (ciała obce w przednim odcinku gałki dają lepszą prognozę, niż w tylnym), 4) od objawów zakażenia i podrażnienia, jakie mogą spowodować.

J. Lampert. **O tolerancji soczewki wobec małych ciał obcych metalowych. O trudnościach rozpoznawczych.** 1) Robotnik, mechanik zgłasza się z powodu, iż od roku widzi coraz słabiej okiem lewem. Rok temu wyjmowano mu drobne ciało obce z rogówki. Badanie kliniczne z pomocą mikroskopu rogówkowego ze szczeliną Gullstranda wykazuje, co następuje: Rogówka przeźroczysta z wyjątkiem maleńkiej, przybrzeżnej blizny 1 mm długiej, zajmującej całą grubość rogówki. Na przedniej torebce soczewki przy rozszerzonej źrenicy widać maleńki złóg barwika, w średnich warstwach soczewki ciało obce 0,5 mm średnicy, połączone cieniutkiem, szarem pasemkiem ze złogiem barwika, soczewka w całości lekko zaćmiona, można jednak widzieć tylną torebkę. Poczucie światła, projekcja dobra. Jakichkolwiek objawów podrażnienia nigdy nie było.

2) Ślusarz zgłasza się z powodu, iż od dwóch tygodni, od chwili wyjęcia mu ciała obcego z rogówki lewej, coraz mniej widzi okiem lewem. Badanie kliniczne: na rogówce lewego oka niewielka blizna, zajmująca całą jej grubość, na przedniej torebce soczewki kępka zorganizowanego wysięku łącząca się z blizną rogówkową i z maleńkiem ciałem obcem, znajdującem się w przednich, przyjądrowych warstwach soczewki. Soczewka, zwłaszcza w części środkowej, rozlanie zaćmiona. Bystrość wzroku 5/36. Podobne przypadki, znane już zresztą w literaturze, wykazują, że nieznaczny uraz soczewki, z natychmiastowem zamknięciem rany torebkowej przez złóg barwika lub wysięk, powoduje tylko bardzo powolne i stopniowe zaćmienie soczewki, w przeciwieństwie do tego, co otrzymujemy przy znaczniejszych, nie zatkanych niczem uszkodzeniach torebki, stąd te duże trudności djagnostyczne, gdyż ciała obcego często dostrzec nie można, a chory nie zawsze przypomina sobie, czy doznał urazu.

Aubineau-Nantes. **Opryszczka rogówki w następstwie szczepienia przeciwdurowego.** *(Herpes corneae).* W piśmiennictwie okulistycznem francuskiem znajdujemy opis 11 przypadków opryszczki rogówki w następstwie szczepienia przeciwdurowego szczepionką Vincenta. Przebieg choroby we wszystkich przypadkach jest mniejwięcej następujący: pojawia się opryszczka rogówki często wraz z opryszczką nosowowargową jednostronnie, zwykle w 2 — 3 dni po silnej reakcji ogólnej, wrażliwość rogówki na dotyk w miejscach dotkniętych schorzeniem zupełnie zniesiona, w pozostałych zaś częściach zmniejszona, również zmniejszoną jest wrażliwość spojówki gałki. Silny światłowstręt. Napadowe bóle odpowiedniej połowy twarzy o charakterze nerwobolu nerwu trójdzielnego. Nerw trójdzielny zawsze jest mniej lub więcej zajęty i musimy przypuścić porażenie włókien odżywczych i czuciowych rogówki. Jakkolwiek pojawienie się opryszczki rogówki powstaje w ścisłym związku z silną reakcją ogólną, nie sądzimy jednak, że chodzi tu o sprawę zakaźną lub toksyczną, mamy do czynienia raczej z pewnego rodzaju wstrząsem, zwłaszcza, że wiemy, iż opryszczka towarzyszy często wstrząsom anafilaktycznym; może też chodzić o pewne zaburzenie równowagi fizyko-chemicznej i to się odbija na układzie współczulnym.

Duverger i Dutheillet de Lamotte. **Zaburzenia wzrokowe przy schorzeniach nieropnych zatok twarzy.** Autor opisuje przypadki kilku chorych, zgłaszających się z powodu bólów głowy o charakterze następującym: Są one dość silne, jednostronne, w okolicy czołowej powiększają się przy ucisku górno-wewnętrznego kąta oczodołu, występują napadowo przy pracy z blizka, zawsze zatem w dzień, nigdy w nocy, gdy chory pozostaje w spokoju. Bóle te różne zatem są od bólów przy sinusitis front., które są silniejsze, raczej stałe, powiększające się przy ucisku przedniej ściany zatoki czołowej i sklepienia oczodołu. Brak wszelkich zmian zewnętrznych, zaczerwienienia, obrzęku, trzeszczu gałki. Bystrość wzroku we wszystkich opisanych przypadkach prawidłowa, brak zaburzeń akomodacji i zbieżności. Diafanoskopja i badanie roentgenologiczne wykazują zupełną przeźroczystość zatok czołowej i szczękowej, niema też ropy w *meatus medius*, natomiast badanie rynologiczne stwierdza we wszystkich opisanych przypadkach niedrożność kanału nosowoczołowego, czyto wskutek przesunięcia przegrody nosowej w ten sposób, że wypukłość jej odpycha ku ścianie zewnętrznej przednią część muszli średniej, zamykając przez to dolny otwór przewodu, czyto wskutek przerostu części przedniej muszli średniej, czy wreszcie przez polipy, znajdujące się w *meatus medius*. Przywrócenie drożności kanału nosowoczołowego zapomocą leczenia zachowawczego lub częściej sposobem chirurgicznym, sprowadza zawsze zupełne wyleczenie.

*J. Trószyńska.*

## Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 1. r. 1922.

J. Nicolas, G. Massia i Dupasquier. **Rozważania nad etjologją rumienia lombardzkiego z 5 przypadkami jeszcze nie ogłoszonemi.** Autorowie zwracają uwagę, że już w r. 1908 wyrazili swój pogląd na etjologję rumienia lombardzkiego. Według tego poglądu nie ma ścisłej granicy pomiędzy rumieniem lombardzkim właściwym a rumieniami o cechach podobnych, lecz mniej wybitnie zaznaczonych, nie ma też innego czynnika choroby te wywołującego, jak tylko niedostateczne odżywianie się i to odżywianie pokarmami o składzie nie dosyć rozmaitym.

Jednostajność i niedostateczna ilość przyjmowanych pokarmów, ubogich w składniki odżywcze, jest zdaniem autorów główną przyczyną rumienia lombardzkiego i schorzeń jemu podobnych. Na poparcie swej teorji przytaczają 5 nie ogłoszonych dotąd przypadków. We wszystkich można było wykazać braki co do jakości i ilości pożywienia. Poddając krytyce wszystkie dotychczasowe teorje o etjologji rumienia lombardzkiego dochodzą do wniosku, że żadna z nich nie jest oparta na dowodach niezbitych i przekonujących. Najstarsza z nich, dopatrująca się przyczyny rumienia lombardzkiego w odżywianiu się kukurudzą zepsutą, upadła z chwilą, gdy wydane we Włoszech ostre zarządzenia przeciwko używaniu zepsutej kukurudzy nie wykazały wpływu na zmniejszenie ilości zachorowań. Teorja o czynniku uczulającym na światło nie ma podstaw realnych, bo czynnika takiego dotąd nie wyosobniono. Podobnie nie da się utrzymać teorja pasorzytnicza, skoro nie znamy zarazka. Teorji zaliczającej rumień lombardzki do t. zw. »awitaminoz« przeczą doświadczenia A. Lumiera. Autor ten wykazał, że przy karmieniu gołębi ryżem najzupełniej oczyszczonym objawy chorobowe ustępują, jeśli się karmi gołębie przemocą i dba o dostateczną ilość pokarmu choćby tak oczyszczonego i w początkach karmienia szkodliwego. Natomiast dodatek witamin nie wprowadzi równowagi w odżywianiu, jeśli ilość pokarmu jest niewystarczająca. Teorja urazów przewodu pokarmowego i wessania toksyn, wywołujących objawy rumienia lombardzkiego nie wyjaśnia niczego, bo nie znamy tych toksyn i nie wiemy nic o ich pochodzeniu. Wszystkie wyliczone teorje stwierdzają, zdaniem autorów, jedno tylko: niedostatek w odżywianiu pokarmami małowartościowemi i małą rozmaitość pokarmów. Autorowie zwracają w końcu uwagę na to, że przypadki przez nich spostrzegane, dotyczyły wyłącznie kobiet. Tę przewagę rumienia lombardzkiego u kobiet tłumaczą tem, że kobiety odżywiają się nietylko niedostatecznie, ale i więcej jednostronnie pokarmami małowartościowemi, gdy mężczyźni pokarm małowartościowy i zbyt jednostajny uzupełniają niejednokrotnie pokarmem spożywanym poza domem.

Escher. **Włókniakowatość nerwów — akromegalja.** Opis przypadku, w którym prócz wybitnych objawów włókniakowatości nerwów takich, jak guzy skórne i podskórne, rozrzucone w wielkiej ilości na tułowiu, odnóżach i wzdłuż przebiegu nerwów, zmiany barwikowe skóry i upośledzenie umysłowe, zaznaczały się również wybitnie cechy akromegalji. Zrost palca 2 i 3 na obu stopach, nierówność w obu połowach twarzy, zez, nieprawidłowe ułożenie zębów i skrzywienie kręgosłupa każą zdaniem autora wnosić, że w danym przypadku miało się do czynienia z chorym obarczonym ponadto kiłą wrodzoną. Jakkolwiek badania serologiczne krwi i płynu mózgordzeniowego dały wynik ujemny, mimo to autor wyliczone wyżej cechy uważa za wystarczające do rozpoznania kiły wrodzonej i przyjmuje, że kiła wrodzona mogła dać powód do powstania zarówno włókniakowatości nerwów, jak i akromegalji. Właściwej patogenezy włókniakowatości nerwów dopatruje się autor w wadliwym rozwoju poszczególnych składników zewnętrznego listka zarodkowego.

L. Chatellier. **Liszaj rumieniowaty podostry z zupełnem wyłysieniem.** Kobieta 29-letnia, dziedzicznie nieobciążona, była zupełnie zdrowa aż do 21 roku życia. W tym czasie zaczęła się uskarżać na ogólne osłabienie i łatwe męczenie się, zauważyła też powiększenie gruczołów na szyji i pod pachami. W 27 roku życia na skórze owłosionej głowy zauważyła dwa ogniska chorobowe, czerwone, łuszczące się i lekko swędzące. Włosy w tych miejscach rychło wypadły, ale zresztą stan nie zmieniał się przez 18 miesięcy. Po upływie tego czasu wystąpiło nagłe wypadanie włosów na głowie, co w przeciągu 15 dni doprowadziło do zupełnego wyłysienia mimo, że skóra głowy nie okazywała żadnych wyraźniejszych zmian choro-

bowych a samopoczucie ogólne było zupełnie dobre. Dopiero w jakiś czas potem wystąpił upadek sił, brak apetytu, zmęczenie i niechęć do pracy, co trwało około miesiąca. W tym czasie na policzku prawym pojawiło się ognisko chorobowe, podobne do ognisk poprzednio na głowie dostrzeżonych, a więc w postaci plamy czerwonej, lekko wyniosłej, nieco swędzącej i nieznacznie się łuszczącej. Podobne plamy wystąpiły i na szyi. Do zmian opisanych dołączył się wkrótce obrzęk całej skóry twarzy zaznaczony najwybitniej na powiekach. Stan ogólny pogarszał się gwałtownie. Upadek sił coraz znaczniejszy, brak apetytu, wymioty, spadek na wadze i podwyższenie ciepłoty do 38.5° C. W chwili badania okazywała chora prócz opisanych wyżej zmian, a więc prócz dwu ognisk chorobowych na głowie, już w okresie zaniku skóry będących, prócz zupełnej łysiny na skórze owłosionej głowy zresztą nie zmienionej, prócz ostrego obrzęku całej twarzy i ognisk liszaja rumieniowatego na szyji i klatce piersiowej, rozsiane tu i ówdzie na tułowiu ogniska chorobowe o cechach liszaja zołzowego, a na odnóżach liczne białe, na obwodzie silniej zabarwione, drobne okrągłe blizny takie, jakie zwykle pozostają po »*tuberculosis papulonecrotica*«. Pod wpływem leczenia arsenem i chininą stan ogólny chorej stopniowo się poprawiał. Ustępował też stopniowo obrzęk na twarzy. Po dwu i pół miesiącach leczenia ustąpiły też i zmiany na skórze, a jako ich ślad pozostało jedynie przebarwienie skóry, lekkie łuszczenie się, miejscami ogniska zaniku skóry. Opisany przypadek należy do rzadkich tak ze względu na wyłysienie zupełne, jak ze względu na przebieg. Wyłysienie, i to zupełne, bez towarzyszącego mu zaniku skóry jest w liszaju rumieniowatym niezwykłą rzadkością i zbliża się swą postacią poniekąd do wyłysienia po chorobach gorączkowych ostrych. Na takie przypadki zwrócili uwagę Jadassohn i Verotti. Uogólnienie się liszaja rumieniowatego o przebiegu ostrym kończy się zwyczajnie śmiercią. W tym przypadku przebieg był podostry, jakkolwiek w początkach groźny.

P. Ravaut i Boulin. **Figówka pasorzytnicza o typie »kerion«, wyleczona szybko dożylnemi wstrzykiwaniami płynu Lugola.** Jest to drugie z rzędu spostrzeżenie o korzystnem działaniu dożylnych wstrzykiwań płynu Lugola w grzybie strzygącym. W pierwszym przypadku, który Ravaut ogłosił przed kilku miesiącami, Sabourand zarzucał wątpliwość skutecznego działania, przyjmując wyleczenie samoistne, tembardziej, że leczenie rozpoczęto zbyt późno. W tym przypadku rozpoczęli autorowie leczenie w 20 dni po wystąpieniu zmian chorobowych. Ogniska chorobowe zajmowały brodę, podbródek, policzki i szyję. Znacznemu obrzękowi skóry i najbliższych gruczołów chłonnych towarzyszył szczękościsk i ciepłota dochodząca do 38 i 39° C. Miejscowo nie stosowano żadnych środków leczniczych. Leczenie polegało jedynie na stosowaniu dożylnych wstrzykiwań płynu Lugola w ilości 1 — 5 cm³ na dawkę. Wstrzyknięcia stosowano codziennie i to w ten sposób, że zacząwszy od 1 cm³, co dnia zwiększano dawkę o 1 cm³, a doszedłszy do 5 cm³ dawki tej już nie przekraczano. Po pierwszem wstrzyknięciu ciepłota spadła do prawidłowej, po 4-ch wstrzyknięciach ustąpił szczękościsk i zaznaczyło się spłaszczanie nacieków, a po 15 wstrzyknięciach stwierdzono zupełne ustąpienie objawów chorobowych, tak klinicznie, jakoteż mikroskopowo. Ujemną stroną tego sposobu leczenia jest zdarzające się czasem zarośnięcie żyły, czego uniknąć można, rozrzedzając dawkę, do wstrzyknięcia przeznaczoną, w 20 cm³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Autorowie zaznaczają też, że w przypadkach, gdzie wskazane jest stosowanie czy to wewnętrzne, czy dożylne jodku potasu lepiej użyć płynu Lugola, bo działa energiczniej. W grzybie strzygącym powierzchownym u dziecka stosowanie tego sposobu leczenia zawiodło.

*Lenartowicz* (Kraków).

## Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 8 marca b. r.

Odbyło się w klinice chorób nerwowych prof. Piltza. Obecnych członków 82. Przewodniczący kol. Woyciechowski wyraża gorące pośmiertne wspomnienie prof. St. Braunowi. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie. Następnie prezes odczytuje zaproszenie na Zjazd balneologiczny urządzony staraniem tow. właścicieli realności, oraz lekarzy i przemysłowców z Krynicy; poczem zawiadamia, iż prezydent Izby lekarskiej oraz prezes związku lekarskiego odbyli posiedzenie z delegatami związku urzędników w sprawie organizacji pomocy lekarskiej. Uchwalono wolny wybór lekarzy, z tem jednakowoż, iż obniża się wysokość honorarjum od 25—75%.

1. Kol. Ciechanowski zdaje sprawę z posiedzenia redaktorów Pol. Gaz. lek. we Lwowie, gdzie dążono do udoskonalenia pisma w różnych kierunkach, poruszając bardzo niski stosunkowo udział krak. Tow. lek. w spółce akcyjnej pol. Gaz. lek.

2. Kol. Tempka przedstawia przypadek **niedokrwistości aplastycznej**, jako wynik zejścia *thrombopenia essent. Franka*. W dyskusji zabrał głos kol. Blassberg.

3. Kol Zieliński przedstawia: a) przypadek **tężyczki w czasie ciąży**. Chora 38-letnia, obecnie po raz ósmy w ciąży. W przebiegu drugiej ciąży miała objawy tężyczki, które wystąpiły w styczniu a po porodzie zniknęły. W szóstym miesiącu obecnej ciąży (grudzień 1921) zaczęły cierpnąć i drętwieć palce, w miesiąc później pojawiły się napadowo toniczne skurcze w kończynach górnych » typowem ustawieniem „*main de l' accoucheur*", w kończynach dolnych skręcenie stóp ku wewnątrz z maksymalnem zgięciem ich ku dołowi, jakoteż palców. Gdy do poprzednich objawów dołączyły się jeszcze kurcze w zakresie twarzy, języka i gardła, chora zgłosiła się do kliniki wewnętrznej U. J., skąd skierowano ją do kliniki neurologicznej. Z końcem stycznia b. r. kliniczny obraz ciężkiej tężyczki był w całej pełni: poza opisanemi atakami tężyczkowemi, wszystkie objawy świadczące o wzmożonej pobudliwości nerwów obwodowych w bardzo wybitnym stopniu (Chvostek, Trousseau, Schlesinger, Erb). Leczenie za pomocą bromu, wapna i paratyreoidyny bez polepszenia stanu. Poprawa zaznaczyła się dopiero w ostatnich trzech tygodniach przed porodem, który nastąpił przedwcześnie w ósmym miesiącu ciąży. Tuż po urodzeniu dziecka na świat, bardzo silny, ale już ostatni, atak tężyczkowy. Objawy tężyczki utajonej (Chvostek, Trousseau, Schlesinger, Erb) wtedy jeszcze bardzo wybitne, w trzy dni nie dały się już wykazać. Dziecko niedonoszone nie okazywało żadnych objawów tężyczki. b) Omawia przypadek **tężyczki po porodzie** w przebiegu ostrej sprawy zakaźnej. Chora 22-letnia, odbyła pierwszy poród z początkiem stycznia b. r. W tydzień po tem przykre zboczenia czucia rąk, po kilku dniach (około połowy stycznia b. r.) toniczne skurcze w rękach i nogach, mięśniach szyji, twarzy, gardła a nawet gałek ocznych z równoczesną dusznością. Objawy Chvostka, Trousseau, Schlesingera, Erba bardzo wybitne. Stopniowe pogorszenie mimo leczenia (brom wapno, paratyreoidyna). Skutkiem częstych i długotrwałych ataków tężyczkowych z dusznością musiano stosować chloral, injekcje hyoscyny, morfiny. Po zastosowaniu dyety bezmącznej (według Fuchsa) w kilka dni ustały napady tężyczkowe, natomiast wybuchła psychoza w postaci podniecenia psycho-motorycznego z urojeniami prześladowczemi i halucynacjami słuchowemi. (Tak samo jak w przypadku opisanym przez Elzholza). Dziesiątego dnia psychozy nagłe podniesienie ciepłoty do 39°, a nazajutrz wysypka początkowo guzkowa, na obwodzie kończyn najobfitsza, przy ciepłocie do 40·7°. Objawów „*Tetania latens*" nie można już wykazać. Aż do zgonu utrzymuje się tak wysoka gorączka przy niesłychanie obfitej plamistej żywo czerwonej wysypce na kończynach, tułowiu i twarzy; w przeddzień śmierci, jedyny w okresie psychozy i gorączki, bardzo silny i długotrwały atak tężyczkowy, obejmujący mięśnie całego ciała z groźną dusznością. Czwartego dnia gorączki chora zmarła. Sekcja wykazała ognisko okołooskrzelowego zapalenia w lewym dolnym płacie płucnym, zwyrodnienie miąższowe serca, ostry obrzęk śledziony. Badanie krwi wykonane na oddziele prymarjusza Dra Kostrzewskiego: leukocytoza 25.000; odczyny Weila, Widala ujemne; hodowle ze krwi ujemne. Badanie kału w okresie pełnej tężyczki wykonane w pracowni Doc. Dra Seńkowskiego nie wykazało sporyszu, co przemawia przeciw poglądowi Fuchsa (odmiana *ergotismus convulsivus*).

W obu przypadkach, w pierwszym dwukrotnie, możemy stwierdzić skłonność do występowania tężyczki w pewnej porze roku, skłonność, według statystyk niemieckich i francuskich, dla choroby bardzo charakterystyczną i przemawiającą za istnieniem jakiegoś czynnika endemiczno-epidemicznego, któremu podlegają wszystkie rodzaje tężyczki, (tężyczka dziecięca, idiopatyczna, żołądkowa, w przebiegu chorób zakaźnych). Spostrzeżenia poczynione w klinikach chirurgicznych Billrotha, Kochera i Eiselsberga ustaliły związek przyczynowy pomiędzy obrazem klinicznym tężyczki, a brakiem lub zaburzeniem czynności gruczołów przytarczycznych (*tetania parathyreopriva*). Spostrzeżenia te poparte doświadczeniami na zwierzętach (Biebl) rzucają pewne światło na inne postacie tężyczki wobec tożsamości następowych obrazów klinicznych. Są one w swej istocie także wyrazem dysfunkcji gruczołów przytarczycznych pod wpływem czynników intoksykacyjno-infekcyjnych, których zadziałanie wydaje się być związane z pewnymi warunkami geofizycznemi i klimatycznemi określonej pory roku (od stycznia do kwietnia według Frankl-Hochwarta).

4 Kol. Pieńkowski w krótkim wstępie zaznacza, że **epidemja nagminnego zapalenia mózgu** bynajmniej nie wygasła, jak to można było sądzić z przebiegu jej w roku 1921. Przeciw-

nie od listopada 1921 do chwili obecnej miał sposobność spostrzegać około 20 świeżych przypadków. Typy spotykane w tegorocznej epidemji są różne, zwykle mieszane. W przeciwieństwie do licznych ciężkich, złośliwych postaci hyperkinetycznych roku 1920 obecnie spotyka się wiele postaci łagodnych, o krótszym przebiegu okresu ostrego i często postacie poronne, ambulatoryjne, zatarte, trudne pod względem rozpoznawczym. Z dawniejszych obrazów dobrze znanych przeważa raczej postać oczno-śpiączkowa. Prócz tego dość często spotyka się psychiczne zmiany z nieznacznemi zmianami fizycznemi. Trudności rozpoznawcze są często nie do przezwyciężenia. Następnie przedstawia kursorycznie 6 przypadków, na których kolejno można przestudjować różne okresy chorobowe, począwszy od drugiego miesiąca choroby, a kończąc na 27-ym miesiącu.

I. Przypadek. Mężczyzna 32-letni, dotychczas zdrów. Obecna choroba rozpoczęła się I. 1922 huczeniem w głowie, zawrotem głowy, podwójnem widzeniem i sennością, gorączką i podnieceniem w nocy, zaparciem stolca. Po kilku dniach podniecenie przeszło, śpiączka lekka trwa dotychczas. Przedmiotowo: zaspany, nieco maskowaty wyraz twarzy, źrenice prawie nie oddziaływują na światło; obustronne opadnięcie powiek, VII praw. nieco słabszy, IX praw słabszy, mowa mniej wyraźna. Powolność ruchów. Czasami lekkie zaburzenia chwilowe orjentacji. Śpi większą część doby.

II przyp. Panna 22-letnia. Dotychczas zdrowa. Obecna choroba rozpoczęła się 24. XI. 1921. bólami i lekkiem szarpaniem w nogach i mięśniach brzucha, bezsennością. Po 3 tyg. gorączka, majaczenia przez 4 dni i śpiączka słaba przez 12 następnych dni. Potem w nocy bezsenność, w dzień senność, a od I. 1922 uczucie duszności, mowa gorsza, ślinotok i powolność. Przedmiotowo: maskowatość twarzy, upośledzone oddziaływanie źrenic na światło, nierówność źrenic, lewostronnie opadnięcie powieki, VII. praw. ustny słabszy. Słabe stężenie w kończynach z uskokami; ruchy czynne lewostronnie opóźnione z chybotaniem. Postawa: pochylona i unieruchomiona głowa i tułów. Powolność ruchów. Gorszy chód.

III przypadek. Mężczyzna 29-letni, żonaty. Zachorował II. 1921. Nagłe bóle w kończynach, podwójne widzenie, gorączka, bezsenność, delirium, ruchy mimowolne — w ciągu 7 dni. Potem śpiączka 5 tygodni. Następnie bezsenność w nocy, senność w dzień, zawroty, ślinotok, powolność. Po dalszych 2 miesiącach poprawa. Od jesieni 1921 senność, ogólne osłabienie, zawroty, powolność. Przedmiotowo: maskowatość i amimia. Oddziaływanie źrenic upośledzone. Brak zbieżności. Oczopląs przy patrzeniu ku górze. Obustronne lekkie opadnięcie powieki. VII. praw, ustny słabszy, XII. lew. słabszy. Mowa gorsza. Ruchy czynne prawostr. gorsze. Stężenie średniego stopnia ogólne. Kataleptyczność. Powolność ruchów. Pulsiones.

IV. przypadek. Panna 29-letnia, dotychczas zdrowa. Obecna choroba rozpoczęła się III. 1920 bólem w piersiach, dreszczami i gorączką. Po 3 dniach: bezsenność, bóle i szarpania w kończynach, podniecenie i zwidywania. Po 2 tyg. senność 6-tygodniowa. Potem powolna poprawa do XII. 1920, ale powolność. Od 1921 r. pogorszenie: bezsenność w nocy, ślinotok, mowa gorsza, drżenie ogólne, i powolność coraz większa. Przedmiotowo: wyraźna maskowatość i zupełna amimia twarzy. Oddziaływanie źrenic na światło słabe; nierówność źrenic; rozbieżne ustawienie gałek ocznych. Chybotanie żuchwy. Mowa gorsza. Przy ruchach chybotanie; prawe kończyny opóźniają się. Ogólne stężenie dość wyraźne z uskokami. Kataleptyczność. Powolność ruchów. Retropulsje. Chód zły.

V. przypadek. Mężczyzna 40-letni, żonaty. Dotychczas zdrów. Zachorował II. 1920. Bóle, dwojenie przed oczami, bezsenność, zwidywania. Po 2 tygodniach senność. Pracy nie przerywał. Po dalszych 2 tygodniach bezsenność w nocy, senność w dzień, osłabienie, powolność, ogólne drżenie, mowa gorsza. Przedmiotowo: silna maskowatość twarzy. Brak oddziaływania źrenic na światło. Nie konwerguje. Lekki oczopląs poziomy przy spojrzeniach w bok. Chybotanie żuchwy. VII. pr. osłabiony. Obustr. Chvostek. Częsty głęboki oddech. Mowa gorsza. Ruchy z chybotaniem, w lewych kończynach gorsze. Stężenia og lne wyraźne. Wybitna kataleptyczność. Powolność ruchów bardzo znaczna. Pulsiones.

VI. przypadek. Mężczyzna 21-letni, wolny. Obarczony dziedzicznie chorobami umysłowemi ze strony matki. Dotychczas zdrów. Zachorował XII. 1919. Nagłe bóle, podwójne widzenie, gorączka, bezsenność, silne podniecenie. W ciągu 3 mies. chory był na oddziale dla umysłowo chorych. Potem senność w dzień, bezsenność w nocy, osłabienie, powolność, ślinotok. Stopniowo pogorszenie: drżenie ogólne, mowa zła, zgrzytanie ciągłe zębami i ustawiczne mruganie powiekami, zmiana usposobienia, drażliwość, kłótliwość i stale bezsenność w nocy. Przedmiotowo: twarz maskowata, stale skrzywiona; mruganie. Nierówność źrenic; oddziaływanie na światło prawie żadne. Ciągłe przesuwanie żuchwy do boków; by uniknąć zgrzytania chory stale trzyma zapałkę między trzonowymi zębami. VII. lewy mniejszy, XII. pr. mniejszy. Mowa oporna. Przy ruchach czynnych lewe kończyny opóźniają się. Chybotanie. Opór wzmożony z uskokami. Chybotanie całego ciała. Retropulsiones. Chód zły. Powolność ruchów nieduża.

Na zakończenie kolega Pieńkowski podkreśla, że we wszystkich tych przypadkach, jak zresztą u większości chorych na nagminne zapalenie mózgu, na plan pierwszy wysuwają się nie porażenia, nie inne znane dotychczas zaburzenia, ale zmiany mało dotychczas zanalizowane, dotyczące układu nerwowego ruchowego nie piramidalnego. Zmiany te pozornie nieduże czynią cho rych takich ciężkimi inwalidami w życiu. Zapalenie nagminne mózgu przyczyniło się niewątpliwie w znacznym stopniu do bardziej wszechstronnego zbadania zaburzeń ruchowych o typie nie piramidalnym, a z drugiej strony zaburzenia te spopularyzowały się wśród ogółu lekarzy, z których każdy ma możność spostrzegać stany zwane „parkinsonizmem" lub stany podobne do nich.

*Wysocki*, sekretarz.

### Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 2 czerwca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 94.

1) Kol. Rencki i Franke zapraszają Kolegów do wzięcia udziału w wycieczce do Morszyna; kol. Sabatowski składa sprawozdanie w sprawie otwarcia Truskawca i oddania go do publicznego użytku od dnia 1 czerwca b. r.

2) Kol. Łukasiewicz przedstawia chorego: a) ze świeżemi zmianami na całej skórze pod postacią drobnych pęcherzyków, z następową eksfoljacją; dno niektórych pęcherzy zaczyna bujać, tworząc rozległe wegetacje; w miarę wygojenia pozostają plamy, wgłębione poniżej poziomu skóry. Są to blizny, a postacią chorobową jest **pęcherzyca brodawkująca** (*p. vegetans*), nieraz mylnie rozpoznawana, jako kiła. I w tym przypadku zmiany na mostku i lewem udzie mają podobieństwo do kilakowej postaci kiły. Krew zawiera 4% ciałek eozynochłonnych w 1 mm³; odczyn Bordeta dodatni. b) chorą z naciekiem ropiejącym, rozpadającym się, wielkości dłoni na skórze podudzia prawego. Tkanka ziarninowa składa się z okrągłych komórek epiteloidalnych. W przypadku powyższym chodzi o *folliculitis exulcerans* (Łukasiewicz). Po 10 wstrzyknięciach mleka objawy chorobowe ustąpiły.

**W dyskusji** kol. Leszczyński podnosi, że ubiegłych lat nie widział prawie przypadków pęcherzycy, a tego roku sam miał już kilka. Kol. Łukasiewicz przypisuje to otwarciu granicy wschodniej i leczeniu się ludności z pasa nadgranicznego Podola i Wołynia we Lwowie.

3) Kol. Schramm przedstawia niezwykły przypadek prawdopodobnie **rozdarcia lewej żyły ramiennej** przy grze w tenisa. Żyły na klatce piersiowej po stronie lewej są poroszerzane. Utrudnione krążenie żylne, jakby przy guzie, pochodzi, jak sądzi mowca, z wylewu rozdartej żyły.

**W dyskusji** kol. Mazanek, który pierwszy bezpośrednio po wypadku widział chorego, nie zauważył żadnych zmian, a tylko podmiotowo chory uczuwał, jakby miał za ciasny rękaw.

Kol. Węgłowski sądzi, że ma się tu do czynienia z lewostronnym wylewem krwawym pod powięzią mięśnia piersiowego mniejszego. Strona lewa jest w całości twardszą od strony prawej. Rozszerzenie widać tylko w tych żyłach, które przebijają tę powięź.

4) Kol. Hilarowicz przedstawia: a) chorego 11-letniego **ze zwężeniem bliznowatem przełyku**, powstałem po wypiciu ługu, u którego wykonano główną część operacji Roux, polegającą na przemieszczeniu pętli jelita czczego, połączonego z żołądkiem pod skórę na piersiach. Omawia następnie różne sposoby wytwarzania nowego przełyku ze skóry, części jelita i z samego żołądka. U chorego przedstawionego pozostaje jeszcze ostatnia część zabiegu do wykonania, tj. połączenie z przełykiem na szyji. b) chorego 17-letniego z kikutem po **odjęciu stopy** sposobem Choparta, nienadającym się zupełnie do chodzenia z powodu ustawienia szpotawo-końskiego, bolesności i owrzodzenia; omawia krótko sposoby polecane dla uzyskania lepszych wyników i leczenia wadliwych kikutów po operacji Choparta.

**W dyskusji** kol. Stuchły zaleca dobre wyniki po operacji sposobem Pirogowa; kol. Węgłowski podnosi, że nieprzecięte ścięgno Achillesa w odjęciach stopy przeciąga kikut w stronę podeszwową i chory chodzi na bliźnie. Poleca więc przeszczepianie części ścięgna na mięśnie wyprostne; kol. Schramm omawia wady i zalety różnych operacyj odjęcia stopy.

5) Kol. Chomicki przedstawia: a) chorą operowaną z powodu **kamicy żółciowej**. Sprawa chorobowa datuje się od roku. Chora zaczęła odczuwać bóle w okolicy międzyłopatkowej, które trwały około 3 tygodni. Bóle te przeszły, a obecnie w prawem podżebrzu zauważyła chora rosnący guz, prawie niebolesny. Nie miała nigdy dreszczów, gorączki, typowych napadów kolki i żółtaczki. Wykonano przetokę woreczkową z powodu niemożności wyłuszczenia woreczka żółciowego, bardzo silnie pozrastanego z otoczeniem. Kamień wielkości orzecha włoskiego tkwił w przewodzie pęcherzykowym b) **preparat żołądka** obejmujący ²/₃ całości jego, wycięty w przypadku, w którym badanie rentgenem nie stwierdziło raka. Przy zabiegu wykazano zupełną niedrożność odźwiernika i bardzo liczne powiększone gruczoły wzdłuż krzywizny małej. Badanie drobnowidowe dało obraz **raka gruczolakowego**. c) chorą z **wolem pozamostkowym**, bardzo utrudniającym oddychanie. (A. r.)

**W dyskusji** kol. Schramm zaznacza, że w przypadku kamicy żółciowej opona śluzowa pęcherzyka była zupełnie zniszczona, tak, że istnieje możliwość zupełnego zarośnięcia jamy woreczkowej. Kol. Meisels określa trudności rentgenologa przy rozpoznawaniu nowotworów żołądka.

6) Kol. Demianowska przedstawia rodzeństwo wykazujące **zespół objawów chorobowych należących do bezładu dziedzicznego**. U chorej, mającej 27 lat, pierwsze objawy wystąpiły

około 9 roku życia. Obecnie stwierdza się: w obrębie nerwów mózgowych lekki niedowład prawej dolnej gałązki nerwu twarzowego i zaznaczony oczopląs. Bezład kończyn górnych i dolnych. Chód wybitnie o typie móżdżkowym; dodatni objaw Romberga. Zniesienie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, chwilami zaznaczony objaw Babińskiego. Obustronnie stopa Friedreicha. Zaburzenia mowy.

Podobny obraz chorobowy, tylko w jeszcze większem nasileniu, przedstawia brat chorej, który obecnie ma lat 17. Choroba jego zaczęła się w 7 roku życia; oprócz objawów spotykanych u siostry stwierdza się u niego otępienie umysłowe, wybitny obustronny objaw Babińskiego, zaniki drobnych mięśni rąk i rzadko spotykane ustawienie rąk przypominające stopę Friedreicha. Chwilami drżenie całego ciała i ruchy mimowolne podobne do ruchów pląsawiczych. Podobny obraz chorobowy pozwala na rozpoznanie bezładu dziedzicznego o typie Friedreicha, jakkolwiek i tu, podobnie jak prawie we wszystkich przypadkach, przejście do typu Marie'go nie jest zupełnie ściśle odgraniczone. W dziedziczeniu bezładu obowiązują prawa Mendla; mimo to 7-ro z rodzeństwa chorych nie wykazuje zmian chorobowych a także ani w dalszej rodzinie ani u przodków nie można wywiadami stwierdzić istnienia jakichkolwiek dziedzicznych chorób układu nerwowego. Tylko ojciec chorego, zmarły w 72 roku życia, wedle zapodań matki miał mieć jedną stopę ustawioną tak samo jak chory syn; pozatem uważał się za zdrowego. Prawdopodobnie była to poronna forma bezładu, stanowiąca punkt wyjścia dla dziedziczenia u dzieci.

7) Kol. Rencki przedstawia przypadek *lymphosarcomatosis Kundrata*. Schorzenie zaczęło się przed 2 laty miejscowym obrzękiem gruczołów pachwinowych po stronie lewej, które doszły do wielkości głowy dorosłego człowieka; w dalszym przebiegu zajęte zostały sprawą chorobową gruczoły pachwinowe po stronie prawej, podpachowe, szyjne i karkowe. Gruczoły śródpiersiowe nie powiększone. Omawiając istotę choroby, różniczkowe rozpoznanie w odniesieniu do ziarniaka złośliwego, podnosi niezwykłe powiększenie gruczołów chłonnych, ogólny dobry stan chorego, lekkie stany podgorączkowe, brak obrzęku śledziony. W krwi c. cz. 4·5 mil., hgb. 8·5, cb. 7—9000, neutrof. 65, limf. 24·6, mon. 2%, t. 0·6, eozynof. 8%. Badanie drobnowidowe wyciętych gruczołów wykazało typową budowę dla *lymphosarcomatosis Kundrat'a*. W podobnym przypadku, spostrzeganym przed rokiem w klinice lekarskiej, osiągnięto utrzymujące się dotąd wyleczenie po arsenie i naświetlaniach promieniami Roentgena.

8) Kol Grek przedstawia przypadek *Endocarditis lenta*, dotyczący mężczyzny 22-letniego, zwracając uwagę na częstsze pojawianie się obecnie tego schorzenia jakoteż na okoliczność, że jest ono może za rzadko rozpoznawane. W klinice jest to 6-ty przypadek tego cierpienia, spostrzegany w ciągu bieżącego roku. Omówiwszy pokrótce charakterystyczne objawy tego cierpienia zwraca przedewszystkiem uwagę na zachowanie się obrazu krwi, który przybrać może czasami cechy niedokrewności złośliwej. Wyhodowanie z posiewu krwi paciorkowca zieleniejącego (*streptococcus viridans*) udaje się tylko w nielicznych przypadkach, nie jest to jednak konieczne do rozpoznania tego cierpienia. Leczenie w dotychczasowych przypadkach pozostało zawsze bez wyniku a rokowanie tem samem jest więc jak najgorsze.

**W dyskusji** kol. Rencki podkreśla, że pod niedokrwistością lub zimniczem powiększeniem śledziony kryje się często *endocarditis lenta* i przypomina znaczenie migdałków i zepsutych zębów w etiologji tego schorzenia. Wstrzykiwanie 15—20% cukru gronowego nie odniosło skutku leczniczego. Kol. Franke wspomina badanie Paesslera, który pierwszy zwrócił uwagę na związek wielu chorób z zepsutemi zębami.

Kol. Allerhand stwierdza, iż mowca zupełnie pominął ważny czynnik etjologiczny przedstawionego cierpienia, podnoszony z naciskiem przez autorów angielskich i amerykańskich, a mianowicie przewlekłe zakażenia zębodołów, które mogą podobnie jak migdałki (Paessler, Munk, Falta) stać się powodem przewlekłego zapalenia wsierdzia (Osler), schorzeń stawów i mięśni (*arthritis i myositis Rosenow*), niedokrewności „złośliwej" (Hunter), również jak mogą się one odkryć jako winowajcy tajemniczych skądinąd posocznic (*sepsis cryptogenetica*). Badania bakterjologiczne, wykonane w tysiącznych przypadkach głównie przez autorów amerykańskich, wykazały w zakażnych ogniskach zębodołowych właśnie tego paciorkowca, którego opisał po raz pierwszy Schottmüller jako *streptococcus viridans* i którego w swej monografji o *endocarditis lenta* uważa za drobnoustrój stale w tem schorzeniu znajdowany. Mimo oporu, na jaki wśród autorów niemieckich napotyka nauka o zakażeniu ustnem „*Oralsepsis*", propagowana głównie przez autorów angielskich i amerykańskich, przyznaje sam Schottmüller w ostatniej publikacji, iż związek przyczynowy między zakażeniami zębodołów a *endocarditis lenta* jest możliwy. Naturalnie, że przesada, jak wszędzie tak i tu dyskredytuje to dobre, które nauka o zakażeniu ustnem zawiera. Bezkrytyczne masowe wyrywanie zębów nietylko częstokroć chorym nie pomaga, lecz przeciwnie stan ich pogarsza. Takie skrajności nie upoważniają jednak jeszcze do pogardliwego przechodzenia do porządku nad działem patologji, poważnie naukowo ugruntowanym, i cieszącym się częstokroć, przy rozumnej współpracy internistów i dentystów, zadziwiającemi wynikami leczniczemi.

9) Kol. Stefek przedstawia przypadek **polyglobulji** u mężczyzny 49-letniego Po omówieniu objawów klinicznych i szeregu zapatrywań starających się wytłómaczyć przyczynę powstawania tego cierpienia, zatrzymuje się dłużej nad wpływem istoty korowej nadnercza, która według Stephana. będąc w stanie zwiększonej czynności, działa hamująco na działalność erythrofteniczną śledziony, prowadząc do powstania polyglobulji. Stephan, wychodząc z założenia zależności opisanego cierpienia od zwiększonej czynności części korowej nadnercza, i stwierdziwszy wielką wrażliwość komórek tejże części na działanie prom. Roentgena radzi naświetlać lewe nadnercze małemi dawkami wynoszącemi 30—35% HED, które wystarczają do zniszczenia części korowej, pozostając bez wpływu na istotę rdzenną. W przedstawionym przypadku, po naświetleniu jednego nadnercza dawką znacznie wyższą od wyżej podanej, nie stwierdzono spadku czerwonych ciałek. Po naświetleniu drugiego nadnercza po upływie tygodnia wystąpił spadek ciałek czerwonych, utrzymujący się przez 5 dni: poczem jednak ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ doszła znowu do stanu przed naświetlaniem. Tak więc naświetlanie nadnercza w powyższym przypadku polyglobulji nie dało trwałego wyniku.

**W dyskusji** kol. Rencki podnosi, że u jednego z chorych na polyglobulję z 14,000.000 krwinek czerwonych, po naświetleniu wszystkich kości rentgenem, ilość krwinek spadła do 6,300.000. Kol. Meisels zaznacza niewyjaśniony związek przyczynowy nadnerczy z polyglobulją.

*Kmietowicz*, sekretarz.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie Nadzwyczajne (z udziałem uczestników Konferencji Sanitarnej Międzynarodowej z dnia 27 marca 1922 r.)

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

Prezes prof. A. Gluziński wygłosił do zebranych przemówienie powitalne w języku francuskim tej treści:

Przed kilku miesiącami w tej samej sali obchodziliśmy uroczyście setną rocznicę założenia naszego Towarzystwa. Przedstawiciele Towarzystw lekarskich Krakowa, Lwowa, Poznania, Wilna i wielu innych miast polskich pośpieszyli na naszą uroczystość, aby oddać hołd pamięci wszystkich tych, którzy żyli i pracowali przed nami w chwilach bardzo ciężkich dla narodu i pomimo prześladowań i cierpień wysoko nieśli sztandar polskiego ducha i polskiej nauki. Uważamy za dobry znak dla naszego Towarzystwa, że w pierwszym roku po setnej rocznicy swojej ma ono zaszczyt powitać w swoich murach, ufundowanych dzięki ofiarności jednego z swoich członków, dostojne zebranie członków wszystkich narodów, natchnionych ideą walki — na szczęście niekrwawej — dla dobra całej ludzkości.

Dostojni Koledzy! Jesteście szczęśliwi, że przed wojną, podczas swych studjów, ani też w życiu praktycznem nigdy lub też nadzwyczaj rzadko spotykaliście się z durem osutkowym, powrotnym lub ospą. Jest to wynikiem bardzo wysokiej kultury, doskonałego stanu materjalnego waszych społeczeństw, lecz pozwólcie mi, Dostojni Panowie, powiedzieć bez cienia zarozumiałości, że jest to także zasługą i lekarzy polskich. Nasi koledzy, czy to w tej części, która była podległą Rosji, czy też w części podległej państwu Niemieckiemu, czy nakoniec w części podległej Monarchji Austrjackiej, wszędzie bronili Zachodu przeciw atakom epidemji, które parły ze wschodu. Ta ciężka walka kosztuje nas drogo. Liczne mogiły naszych kolegów, którzy złożyli życie w ofierze, zasługują na to wspomnienie.

Wojna zniszczyła nasz kraj, a i obecny stan Rosji grozi niebezpieczeństwem. Ze wschodu i obecnie uderzają epidemje w nasz kordon i przedostają się w głąb naszego kraju, a nieszczęsna ludność w niektórych częściach kraju cierpi od epidemji i pomnaża mogiły na cmentarzach. Siły obrońców, którzy tak często giną na posterunkach, słabną.

Jesteśmy też wdzięczni szczerze, że w tej walce koledzy innych narodów często z bardzo odległych stron przybywają nam na pomoc, kierując się jedynie uczuciem wzniosłem naszego zawodu i miłością bliźniego. Oni również złożyli ofiarę z życia. Niedawno odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku młodego kolegę z Ameryki, który złożył swe życie pod godłem Czerwonego Krzyża. Nasza ziemia nie będzie dla niego obcą, a my zachowamy na zawsze Jego pamięć z wdzięcznością. Zrozumcie więc, Dostojni Koledzy, nasze uczucia, z jakiemi mówimy do Was „Witajcie", a zrozumiecie, z jaką uwagą śledzimy rozprawy waszych posiedzeń, a także ile siły i energji doda nam Wasza obecność.

Wybaczcie mi, że jeszcze jedną wzmiankę uczynię. Jako lekarze polscy, jako cząstka narodu, który przez długi czas był pozbawiony niepodległości, byliśmy głęboko dotknięci na wszystkich kongresach i zjazdach międzynarodowych, że nas rozdzielano, gdyż było nam wzbronionem łączyć się pod własnym sztandarem. Tem więcej jesteśmy szczęśliwi, że mamy dzisiaj możność i prawo przywitać Was delegatów tylu narodów w stolicy naszego Państwa.

Witajcie, Dostojni Panowie, i przyjmijcie przywitanie naszego Towarzystwa z takiem samem uczuciem, z jakiem my Wam je składamy, a także najlepsze życzenia owocnej Waszej pracy podjętej dla dobra ludzkości.

W zastępstwie chorego prof. Z. Dmochowskiego wiceprezes Starkiewicz odczytał historję działalności Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w walce z chorobami zakaźnemi, cholerą, durem osutkowym i innemi.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie w sześćdziesiątych latach zeszłego stulecia pierwsze podniosło myśl zwołania konferencji międzynarodowej w celu skuteczniejszej walki z cholerą.

Na tem posiedzenie zakończono i udano się na przyjęcie urządzone w resursie Obywatelskiej przez Lekarzy warszawskich dla Delegatów międzynarodowej konferencji.

*W. Kowalski*, sekretarz doroczny.

---

Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Lwów.

## Sprawa studjów dentystycznych przy Uniwersytetach polskich.

Obecnie są tylko przy Wydziałach lekarskich Uniwersytetów małopolskich, tj. w Krakowie i Lwowie, osobne katedry stomatologji oraz Instytuty dentystyczne. Niema ich zaś w Warszawie, Poznaniu i Wilnie. W zakładach tych w trymestralnym kursie otrzymują studenci medycyny pogląd na stomatologję oraz podstawy z chirurgji dentystycznej w zakresie potrzebnym lekarzowi praktycznemu. Kurs ten dentystyczny, obejmujący w całokształcie studjów lekarskich 80 godzin, nie może być jednak wystarczającym dla specjalisty. Studja bowiem dentystyczne specjalne wymagają nie 80 ale 2460 godzin wykładów — jak o tem będziemy mówili później (ryc. 6.) Lekarze praktyczni mogą jednak na podstawie swych wiadomości uzyskanych podczas studjów lekarskich nieść pierwszą pomoc dentystyczną w razie bólu zębów, głównie w miejscowościach pozbawionych specjalisty, ograniczając zabiegi swe przeważnie do wyjęcia zęba i najwyżej do założenia wkładki arszenikowej i oczyszczenia zębów z kamienia nazębnego, podczas gdy wszystkie inne zabiegi zachowawcze i techniczno-dentystyczne będą musiały być wykonane przez lekarza dentystę, specjalistę.

We Lwowie i Krakowie mogą się wprawdzie specjalizować w dentystyce lekarze po ukończeniu swych studjów, poświęcając na ten cel przynajmiej $1^1/_2$—2 lat czasu. W praktyce jednak mało który lekarz po uzyskaniu doktoratu poświęca się tejże specjalności. Tak np. kształciło się na stomatologów przez 8 lat wojny we Lwowie tylko trzech lekarzy, poświęcając studjom specjalnym niespełna rok, co oczywiście nie jest wystarczające, w r. zaś 1921 rozpoczęło się specjalizować również trzech.

Tablica I.

| | na tysięcy mieszkańców | Lekarzy | | Lekarzy-dentystów | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | wogóle | jeden przypada na mieszkańc. | wogóle | jeden przypada na mieszkańc. |
| W Królestwie Polsk. na | 12.130 | 1.510 | 8.100 | **800* | *15 000* |
| w b. dzielnicy pruskiej | 6.555 | 1.280 | 5.100 | ***50** | **131.000** |
| w Małopolsce | 8.026 | 1.464 | 5 500 | ****138** | **60.000** |
| **w Polsce** | 26.711 | 4.254 | 6.233 | *988* | *27.000* |
| w b. Austrji w r. 1914 | 51.000 | 11.600 | 2.400 | | |
| w Rosji w r. 1911 | 119.000 | 15.394 | 7 100 | | |
| w Niemczech w r. 1912 | 65.000 | 33.627 | 2.000 | *3.639* | *18.000* |
| w Prusach w r. 1912 | 40.165 | 19.671 | 2.000 | *2 340* | *17.164* |

* w r. 1920.

** w r. 1920, 86 w wschodniej, 52 w zachodniej Małopolsce.

Źródła: Romer i Weinfeld: Rocznik polski, tablice statystyczne, Kraków 1917. — Dane statystyczne z numeru 11 i 12 Tygodnika lek. z r. 1914, wydanego „Na otwarcie Instytutu dent. Wszechnicy lwowskiej", i uzyskane z Urzędu Zdrowia.

Perliński: Zębolecznictwo wobec Rządu i przedstawicieli Narodu, Poznań, 1920.

Perliński: W sprawie zapotrzebowania lekarzy dentystów w Polsce, Poznań 1920.

W Warszawie Wydział lekarski jest w stanie organizacji, tak samo w Poznaniu i Wilnie. Tem się tłumaczy, że nie utworzono tamże osobnych katedr stomatologji. W Warszawie istnieje natomiast od roku 1920 Państwowy Instytut dentystyczny z czteroletniem studjum. Studentów było tamże w końcu ubiegłego roku 520.

Z powyższego przedstawienia wynika, że tylko w Warszawie istnieje możność dla studentów odbywania studjów dentystycznych w czterech latach, nie istnieje natomiast możność ta w Małopolsce i Wielkopolsce. We Lwowie i Krakowie wymaga się od specjalisty stomatologa całkowitego studjum lekarskiego i studjum dodatkowego (a więc $7^1/_2$ do 8 lat). Poznań zaś nie posiada nawet dotąd Instytutu dentystycznego przy uniwersytecie, w którym możnaby odbywać kursy specjalne. Nie jest dotąd rzeczą zdecydowaną, czy dla uniwersytetu w Poznaniu należałoby stworzyć warunki, jakie istnieją przy uniwersytetach małopolskich, czy na wzór Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie; w tym względzie brak dotąd wszelkich rozporządzeń ministerjalnych.

Chcąc stwierdzić potrzebę większej ilości lekarzy dentystów w Polsce, oprzeć się musimy na danych statystycznych i porównać liczby te z analogicznemi liczbami za granicą, nie mówiąc już wogóle o wielkiej doniosłości stomatologji dla społeczeństwa ze względów ogólno higjenicznych. Zestawiwszy ilość lekarzy dentystów z ilością lekarzy, podajemy stosunek jednego lekarza, względnie jednego lekarza dentysty, do ilości mieszkańców, opierając się przytem przeważnie na danych z r. 1911 i 1912 w braku statystyki późniejszej.

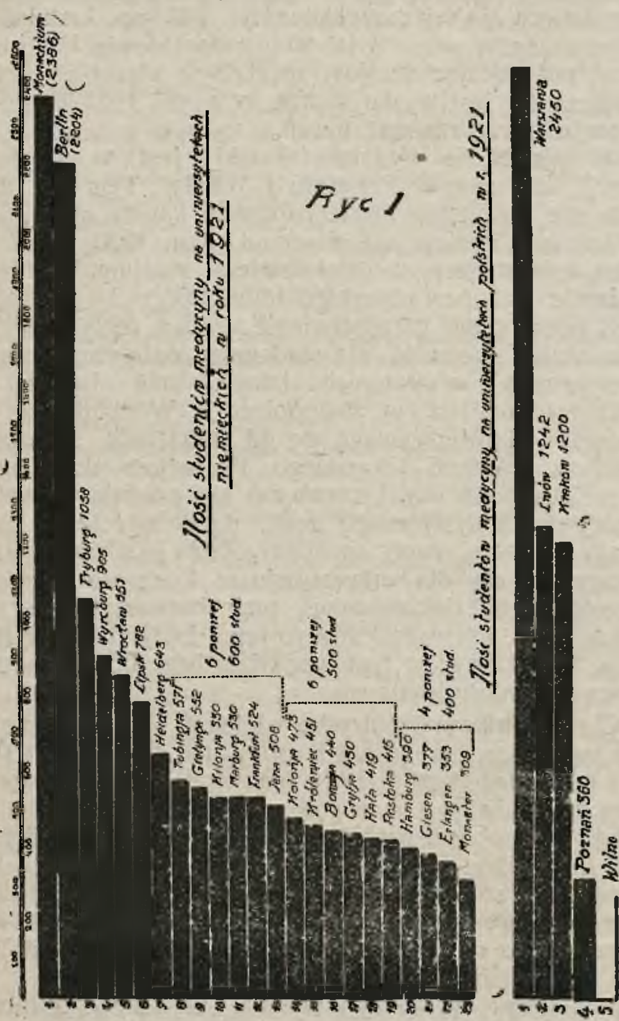
Z statystyki w tablicy I. wynika, że, chcąc dorównać zachodnio europejskim państwom, powinniśmy mieć w Polsce $2^1/_2$ do 3 razy więcej lekarzy, aniżeli jest dotychczas. Lekarzy dentystów powinno być w Wielkopolsce $7^3/_4$ razy więcej, w Małopolsce zaś blizko $3^1/_2$ razy więcej, aniżeli posiadamy dotychczas.

Obliczenie powyższe oparłem na porównaniu stosunków polskich z analogicznemi w Niemczech, gdzie pomimo stosunkowo wysokiej ilości lekarzy dentystów (ca. 4000 i coraz wzrastającej liczby studentów dentystyki) istnieje brak lekarzy dentystów i szerzy się partactwo dentystyczne, uprawiane na podstawie ustawy o ogólnej ordynacji procederowej z r. 1869 (*Gewerbefreiheit*) przez 14.000 techników dentystycznych. Charakterystyczne jest, że w Niemczech jest nie wiele miejscowości, posiadających około 5000 mieszkańców, któreby nie posiadały choćby jednego lekarza dentysty i kilku techników dentystycznych; a nawet są miejscowości, które licząc zaledwie 2500 mieszkańców, posiadające już lekarza dentystę. Stan ten zbija mniemanie, istniejące w Polsce, że lekarz dentysta tylko utrzymać się może i jest potrzebny w większem mieście.

Pomimo analogicznych potrzeb społeczeństwa polskiego, pomocy zachowawczej nie udziela się u nas szerokim masom w dostatecznej mierze z powodu braku specjalistów, pomimo, że 80% domaga się zachowania a nie tylko wyjęcia zębów, jak stwierdzić możemy to w klinice lwowskiej.

Stosunki pod względem partactwa są w Małopolsce i byłej dzielnicy pruskiej znacznie gorsze, aniżeli w Niemczech, lub byłej dzielnicy rosyjskiej wobec niewystarczającej ilości lekarzy dentystów. Potrzeba lekarzy dentystów wzmogła się po powstaniu Państwa polskiego znacznie w latach ostatnich wskutek zorganizowania pomocy dentystycznej w armji, utworzenia kas chorych, wprowadzenia opieki lekarskiej i dentystycznej w szkołach. Ilość lekarzy dentystów w byłej dzielnicy pruskiej zmalała w stosunku do czasów przedwojennych wskutek emigracji lekarzy denty-

stów narodowości niemieckiej do Niemiec, w Małopolsce zaś wskutek braku przyrostu podczas wojny.




Jeżeli weźmiemy pod uwagę ten moment, że wobec wielkiego braku lekarzy dentystów w Polsce wymagać się powinno, ażeby przyrost lekarzy dentystów w przyszłości był w Polsce większy, a przynajmniej nie był mniejszy, aniżeli obecnie w Niemczech, gdzie jest 31% studentów dentystyki w stosunku do studentów medycyny, procent ten należałoby przyjąć również dla Polski, biorąc zarazem pod uwagę względnie niższą liczbę studentów medycyny w Polsce w stosunku do ilości medyków w Niemczech. Jak z ryc. I. wynika, jest w Niemczech 23 uniwersytetów, na których studjuje 15.870 studentów medycynę, w Polsce mamy natomiast tylko 5 uniwersytetów z 3 pełnemi wydziałami lekarskiemi i 5052 studentów medycyny (tabl. II).

Stosunek studentów dentystyki do studentów medycyny w Niemczech wynosi 4921 do 15.870 czyli 31%. Gdybyśmy przyjęli dla Polski analogiczne warunki co w Niemczech, powinniśmy mieć 6570 studentów medycyny i 1627 studentów dentystyki.

Ponieważ do tej idealnej liczby studentów medycyny dojdziemy dopiero za kilka lat po rozroście Uniwersytetu poznańskiego i wileńskiego, możemy wziąć na razie tylko obecną liczbę medyków pod uwagę, tj. 5252, i ustalić w stosunku do tejże liczby liczbę studentów dentystyki. Powinno więc studjować dentystykę w Warszawie 759, we Lwowie 384, Krakowie 372, Poznaniu 112; mamy więc wobec tego za mało studentów dentystyki: w całej Polsce 1114 i to w Warszawie 249, we Lwowie 381, w Krakowie 372, w Poznaniu 112. Poznań powinien wobec faktu tego, że 1 lekarz dentysta przypada w Wielkopolsce na 131.000 mieszkańców, posiadać przynajmniej około 150 studentów dentystyki.

Znacznie gorzej jeszcze przedstawiają się widoki na przyszłość. Udowodnić możemy to ilością studentów dentystyki, przyjętych na rok I. w stosunku do liczby medyków. (Tabl. II. B i ryc. 3.) Otóż na rok I. medycyny przyjęto w całej Polsce 760 studentów medycyny, studentów dentystyki zaś tylko 25 (!) czyli 3% a **powinno być ich** 236 **czyli** 31%. **Stan lekarzy dentystów jest więc w Polsce na wymarciu**, gdyż nie możemy się spodziewać, ażeby wobec niedostatecznych urządzeń w Warszawie i obostrzonych obecnie warunków przyjęcia na studja dentystyczne mogła być tamże większa ilość studentów przyjęta, aniżeli zakład tamtejszy w istocie może pomieścić. We Lwowie zaś, Krakowie i Poznaniu niema żadnego studenta dentystyki, gdyż na tych Uniwersytetach niema osobnego studjum dentystycznego, oficjalnie zaprowadzonego. Na przyszłość perspektywa przyrostu lekarzy dentystów w Małopolsce przedstawia się jeszcze gorzej wobec zaprowadzenia osobnego studjum dentystycznego w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie, a nie w innem mieście uniwersyteckiem, pomimo, że jak wynika z statystyki w tablicy I., były zabór rosyjski jest najlepiej i prawie dostatecznie wyposażony w lekarzy dentystów, podczas gdy ich nie posiadają w wystarczającej ilości ani Wielkopolska ani Małopolska.

Tablica II.

| W grudniu r. 1921 było we wszystkich Uniwersytetach | Studentów medycyny | jest studentów dentystyki | t. j. % | *winno być stud. dent. wobec istniejącej ilości studentów medycyny* | za mało studentów dentystyki |
|---|---|---|---|---|---|
| w Niemczech [1]) | 15.870 | 4.921 | 31% | | |
| w Polsce | 5.252 | 516 | 9·8% | **1.627** | **1.114** |
| w Warszawie [2]) | 2.450 | 510 | 21% | *759* | 249 |
| we Lwowie | 1.242 | 3 | 0.2% | *384* | 381 |
| w Krakowie [2]) | 1.200 | — | 0% | *372* | 372 |
| w Poznaniu [3]) | 360 | — | 0% | *112* | 112 |
| **B) Na I. r. studjów przyjęto w Warszawie** | 300 | 25 | 9·8% | *93* | 68 |
| w Krakowie | 170 | — | 0% | *53* | 53 |
| we Lwowie | 170 | — | 0% | *53* | 53 |
| w Poznaniu | 120 | — | 0% | *37* | 37 |
| **w całej Polsce** | 760 | 25 | 3·5% | *236* | 211 |

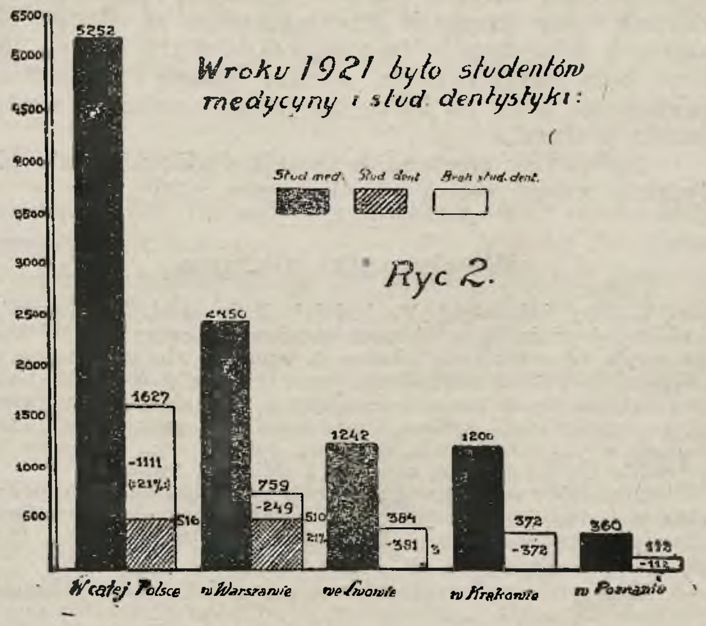
Czy można wobec 4 letniego studjum dentystycznego w Warszawie żądać od studenta w Małopolsce, by przez 8 lat pobierał swoje studja, a w końcu wykonywał praktykę dentystyczną i konkurował z całym zastępem naukowo niekwalifikowanych techników dentystycznych, którym z powodu braku lekarzy dentystów nadaje się mimo zupełnego braku naukowych kwalifikacji, koncesję na wykonywanie praktyki dentystycznej wprawdzie z zastrzeżeniami,

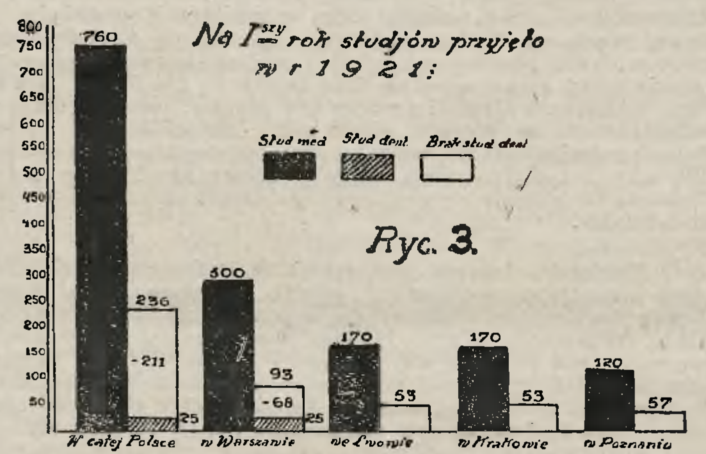
[1]) Universitätsnachrichten. Zahnärztliche Rundschau 1922 Nr. 9, str. 139.

[2]) Liczby dla Krakowa i Warszawy są obliczone według stosunku lat dawniejszych.

[3]) Według informacji prywatnych prof. Markowskiego.

jednak przez żadnego z techników dentystycznych nie przestrzeganemi.




Lub czy można żądać od studenta z Wielkopolski lub Małopolski, by na studja dentystyczne wyjeżdżał do Warszawy, ponieważ w Poznaniu, Krakowie, Lwowie ani Wilnie nie jest zaprowadzone osobne studjum dentystyczne i to w czasach obecnych, w których trudności mieszkaniowe są w Warszawie niemal nie do pokonania i drożyzna ogólna stoi na przeszkodzie?

**Jedynym środkiem zaradczym braku lekarzy dentystów w Polsce jest zaprowadzenie osobnego studjum dentystycznego, trwającego lat cztery przy wszystkich Uniwersytetach polskich.**

Czy studjum dentystyczne czteroletnie jest uzasadnione, nie tylko dlatego, by uzyskać więcej adeptów dla tegoż zawodu, lecz dlatego, że jest ono racjonalne? Najwyżej stoi dentystyka wAmeryce i w Niemczech, gdzie są osobne studja: w Ameryce od przeszło lat 70, w Niemczech od lat 53.

Na uniwersytetach niemieckich jest 32 profesorów, wykładających dentystykę, 9 docentów, 10 lektorów i 153 asystentów. W Ameryce, gdzie także przy uniwersytach istnieją instytuty dentystyczne z czteroletniemi studjami, urządzenia są jeszcze wspanialsze, aniżeli w Niemczech, a ciało nauczycielskie znacznie liczniejsze — pomimo, że instytuty amerykańskie liczą tylko od 150—500 studentów dentystyki.

Dzięki osobnemu programowi studjów dentystycznych z szeroką podstawą z nauk przyrodniczo-lekarskich doszła dentystyka niemiecka do nadzwyczajnego rozkwitu w latach ostatnich, przyczem studjum dentystyczne doznało, stosownie do rozwoju nauki, ewolucyjnego roszerzenia programu przeważnie w kierunku pogłębienia nauk przyrodniczo lekarskich. D. n.

## Sprawy zawodowe.

**Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.**

Protokół 216 posiedzenia Wydziału w dniu 3 czerwca 1922.

Przewodniczy w zastępstwie Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Kostecki.

Obecni: Dr. Bannet, Dr. Grzybowski, Dr. Piątkowski, Dr. Poźniak, Dr. Nartowski, Dr. Stahr, a jako gość prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemieński.

Dr. Żydłowicz odczytuje referat w sprawie udzielania bezpłatnej zapomogi lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych na koszt państwa. Uchwalono ogłosić referat drukiem w jednym z poczytnych dzienników, choćby na koszt Związkn.

Z powodu niemożności złożenia Komisji pojednawczej dla rozpatrzenia zatargu między Dr. Frenklem a Zarządem Pow. Kasy chorych w Tarnowie uchwalono zwrócić się z zażaleniem do Ministerjum pracy i opieki społecznej.

Odczytano zaproszenie Związku lekarzy Kasy chorych m. Warszawy na zjazd delegatów w czerwcu b. r. w stolicy. W zaproszeniu pominięto Związek lekarzy państwa polskiego.

Uchwalono zapytać się Związek lek. p. p., jaki jest jego stosunek do Związku lekarzy Kasy chor. m. Warszawy, by się odpowiednio zachować względem owego zaproszenia.

Uchwalono zaprosić przedstawicieli Zrzeszeń pracowników państwowych Województwa Krakowskiego na posiedzenie Wydziału w dniu 10 czerwca b. r. celem omówienia warunków, na jakich udzielaliby lekarze porady i pomocy lekarskiej po zniżonych cenach członkom tych zrzeszeń.

Przyjęto i zatwierdzono ogólną i szczegółową taryfę za czynności lekarskie w Kasach chorych.

Zgłosili się i zostali przyjęci do Związku kol.: Dr. Barb Leopold z Dynowa, Dr. Albert Eug. z Pruchnika, Dr. Czapliński Wład. z Mszany Dolnej, Dr. Chruściel Jan z Tarnobrzega, Dr. Biliński Stefan z Nowego Targu, Dr. Dziubek Stan. z Rzeszowa, Dr. Domański Stan. z Sanoka, Dr. Freisinger Wład. z Liska, Dr. Grabowski M. z Tarnowa, Dr. Diaczek Stan. z Liska, Dr. Chmiel Józef z Tartakowa, Dr. Harasowski Aleks. z N. Sącza, Dr. Heftler Natan z Ustrzyk dolnych, Dr. Jeger Izak ze Lwowa, Dr. Kowenicki Walerjan, Dr. Mech Wład., Dr. Kajzer Adolf, Dr. Kragenówna Ant., Dr. Przeworski Miecz., prof. Dr. Piltz Jan, prof. Dr. Maziarski Stan., Dr. Surzycki Józef, Dr. Siedlecki Szczęsny, Dr. Dadlez Zyg., Dr. Ręczajski Wacław z Krakowa, Dr. Kochlöffel Rudolf z Ciężkowic, Dr. Krieger Fryd. z Żabna pod Tarnowem, Dr. Lubowiedzki Juljan, Dr. Przybylski Stan., Dr. Fischer Ign., Dr. Turnheim Dawid z Jarosławia, Dr. Milgrom Natan z Radziechowa, Dr. Meissels Zyg. z Jarosławia, Dr. Rawski Adam z Lutowisk, Dr. Sternal Stan. z Trzebini, Dr. Ślebodziński Ant. z Pruchnika, dyr. Dr. Urbanik Ryszard z Tarnobrzega, Dr. Ziemnowicz Wład. z Czarnego Dunajca, Dr. Kuźmak Włodz. z Baligrodu, Dr. Motylewicz Ant. z Majdanu pod Kolbuszową, Dr. Pillersdorf Józef z Dynowa, Dr. Stangenhaus Aleks. z Dobromila, Dr. Kobielnik Włodz. z Lutowisk, Dr. Kowenicki Adam z Jasła, Dr. Niedzielski Kaz. i Dr. Szimel Szymon z Kozowy. (Ogółem płacących członków 580).

Do Kasy Pogrzebowej przystąpili: Dr. Surzycki, Dr. Glatzel, Dr. Grabowski, Dr. Kowenicki Walerjan, Dr. Lubowiedzki, Dr. Przeworski Miecz., Dr. Harasowski, Dr. Przybylski, Dr. Ziemnowicz, Dr. Albert, Dr. Kobielnik, Dr. Kowenicki Adam, Dr. Ślebodziński, Dr. Kochlöffel, Dr. Czapliński, Dr. Agatstein, Dr. Kajzer, Dr. Kragenówna, Dr. Chruściel, Dr. Urbanik, Dr. Krieger, Dr. Freisinger, Dr. Żuławski, Dr. Barb, prof. Dr. Piltz, prof. Dr. Maziarski, Dr. Orłowski Wład., Dr. Rawski, Dr. Biliński Stefan, Dr. Domański, Dr. Heftler, Dr. Jeger, Dr. Sternal, Dr. Siedlecki, Dr. Kuźmak, Dr. Stangenhaus, Dr. Chmiel, Dr. Meissels, Dr. Pillersdorf, Dr. Szimel, Dr. Turnheim Dawid, Dr. Turnheim Saul, Dr. Mech, Dr. Dadlez, Dr. Skórczewski, Dr. Motylewicz, Dr. Niedzielski i Dr. Fischer Ignacy.

(Ogółem członków 507). Premja pogrzebowa wynosi 100.000 marek

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Żydłowicz*, zast. przew.

---

**W sprawie unormowania stosunków lekarzy okręgowych.**

Instytucja lekarzy okręgowych, zaprowadzona w b. Galicji uchwałą Sejmu w r. 1891, w czasie wojny zachwiała się w organizacji z przyczyn zupełnie zrozumiałych. Powołanie lekarzy do służby wojskowej, konieczność opuszczenia stanowisk wskutek inwazji, zniszczenia kraju i t. p. powody sprawiły, że stanowiska lekarzy okręgowych uległy wielkim zmianom. Po objęciu własnych rządów na stosunki lekarzy okręgowych wpłynął niekorzystnie cały szereg innych przyczyn, oprócz już istniejących, a więc zwinięcie ich władzy przełożonej t. j. Wydziału krajowego, chaos jaki powstał w zarządzaniu tą kategorją stanowisk lekarskich, a w końcu zmiana stosunków walutowych, do której normy wynagrodzenia lekarzy okręgowych zupełnie się nie zastosowały: wynagrodzenie ich pozostało niezmienionem i tak jak za czasów przedwojennych wynosiło 800—1000 Mp. rocznie. Stanęliśmy przed pytaniem albo zlikwidowania instytucji, gdyż nie podobna żądać od lekarza, aby za wynagrodzeniem miesięcznem 100—200 Mp. (wraz z wynagrodzeniem za podróże) spełniał jakiekolwiek obowiązki, a tem więcej obowiązki wskazane bardzo

obszerną instrukcją urzędową dla tych lekarzy — albo niechcąc obarczać skarbu Państwa zwiększonemi wydatkami nie żądać z powodu niskiego wynagrodzenia spełniania obowiązków, coby należało uznać jako wyrzucanie pieniędzy zupełnie niepotrzebne, lub też w końcu wynagrodzenie odpowiednio zwiększyć, dla oszczędzenia zaś skarbu państwa posterunki ograniczyć do najkonieczniejszych, opróżnionych nie obsadzać i nowych nie tworzyć. W każdym razie należało położyć kres tym chaotycznym i zupełnie nie uregulowanym stosunkom, a wprowadzić ład w instytucji niewątpliwie pożytecznej i oddającej społeczeństwu dobre usługi. Lekarze okręgowi całkiem słusznie domagali się za pośrednictwem swego Związku poprawy swojego położenia i odnosili się kilka razy do Ministerstwa zdrowia. Na odbytem w dniu 4-go lutego b. r. zgromadzeniu wnieśli w myśl powziętej na niem uchwały prośbę, o przyjęcie ich na etat państwowy, przyznanie IX. klasy nowowstępującym, przyznanie lat efektywnej służby, prawo emerytury i wymaganie dwuletniej służby szpitalnej. Wydział Izby lekarskiej rozpatrywał sprawę lekarzy okręgowych nie jednokrotnie na swych posiedzeniach. Jako wynik swych narad przedstawił Ministerstwu zdrowia następujący memorjał z wnioskami unormowania stosunków lekarzy okręgowych.

„Wydział Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w dniu 25. lutego zwrócić się do Ministerstwa z poparciem prośby, wniesionej dnia 15 go lutego b. r. do L. 16. przez Związek lekarzy okręgowych w sprawie unormowania stosunków służbowych lekarzy okręgowych i pobieranego przez nich wynagrodzenia. Niewątpliwie względy na obecne położenie finansowe Państwa wymagają daleko idących oszczędności i głębokiej rozwagi przy kreowaniu nowych posad i normach ich dotowania. Niepomijając tego momentu przy rozpatrywaniu instytucji lekarzy okręgowych, ustanowionej w Małopolsce ustawą Sejmową z roku 1891, nie podobna przecież pozostawić tych funkcjonarjuszy na dotychczasowych warunkach ich wynagrodzenia. Wysokość miesięcznej płacy lekarzy okręgowych (70 marek) nie może być uważaną jako wynagrodzenie za jakąkolwiek pracę, i w następstwie tego nie można żądać od nich spełniania obowiązków. Grosz publiczny wydany zostaje w ten sposób zupełnie nieproduktywnie. Z drugiej strony zwinięcie tej intytutucji, która się okazała w stosunkach Małopolski pożyteczną i potrzebną, byłoby ze szkodą ludności, a nadto obciążyłoby skarb Państwa koniecznością pensjonowania ludzi jeszcze do pracy zdolnych, a którzy ustawowo mają już nabyte prawo emerytalne. Licząc się zatem z zasadami na wstępie wypowiedzianemi, tj. względami na skarb Państwa, z potrzebą instytucji i koniecznością wymagania od niej pełnienia włożonych obowiązków, Wydział Izby przedstawia następujące wnioski: 1. Nowych stanowisk lekarzy okręgowych nie tworzyć. 2. Istniejące posterunki ograniczyć do szeregu najpotrzebniejszych, w porozumieniu ze Związkiem lekarzy okręgowych, i obu Izbami lekarskiemi w kraju. 3. Stosownie do tego część lekarzy okręgowych użyć do służby rządowej jako lekarzy powiatowych. 4. Pozostałym na państwowych stanowiskach wyznaczyć pobory urzędników państwowych, które zdaniem Izby odpowiadać winny poborom X. lub IX. kategorji. 5 Przychylić się do reszty postulatów Związku lekarzy okręgowych, odnośnie do przyznania lat efektywnej służby, emerytury dla nich i wdów i sierót, wymogu dwuletniej służby szpitalnej".

Zdaje się, że dzięki połączonym staraniom Izby i Związku lekarzy okręgowych sprawa ruszyła z punktu martwego, jak wynika z odpowiedzi Ministerstwa, przesłanej Izbie lekarskiej, w dniu 19-go czerwca, a będącej załatwieniem wniesionego memorjału.

Odpowiedź jest następującej treści:

W dniu 29-maja r. b. podpisano protokół oddawczo-odbiorczy, którym Ministerstwo Zdrowia publicznego oddało tymczasowemu wydziałowi samorządowemu sprawy lekarzy okręgowych i akuszerek okręgowych w Małopolsce. Tymczasowy Wydział Samorządowy okólnikiem z dnia 26-go maja 1922 L. W. 15461/VI. zawiadomił Panów Wojewodów w Krakowie, Lwowie, Stanisławowie i Tarnopolu, tudzież wszystkie Wydniały powiatowe w Małopolsce, że tymczasowy Wydział Samorządowy objął załatwienie spraw lekarzy okręgowych i akuszerek okręgowych i że należy odtąd w tych sprawach zwracać się do niego. Odnośnie do memorjałów Związku lekarzy okręgowych z dnia 15 go lutego 1922 r. i z dnia 10 maja 1922 r. L. 46. Ministerstwo Zdrowia publicznego zaznacza, że na konferencji, odbytej przez delegata Ministerstwa Zdrowia publicznego z reprezentantem tymczasowego Wydziału samorządowego w Wojewódzkiem Urzędzie Zdrowia we Lwowie dnia 2. VI. r. b. ustalono, że tymczasowy Wydział Samorządowy w najbliższym czasie wyasygnuje lekarzom okręgowym pobory IX. lub X. stopnia służbowego, zależnie od lat służby, co w porównaniu ze stanem dotychczasowym oznacza ogromną i zasadniczą zmianę ich uposażenia materjalnego, przyczem należy się spodziewać, że poszczególne Wydziały powiatowe dodadzą jeszcze od siebie uposażenie wyższe.

Odnośnie do punktu 1-go memorjału Związku lekarzy okręgowych z dnia 15-go lutego 1922 r. Ministerstwo Zdrowia publicznego oznajmia, że według oświadczenia reprezentanta Tymczasowego Wydziału Samorządowego na powyżej wspomnianej konferencji będą lekarzom okręgowym wyasygnowane również kwoty ryczałtowe na koszta kancelaryjne i opłaty pocztowe. Natomiast projekt przeniesienia lekarzy okręgowych na etat rządowy nie może być obecnie wzięty pod rozwagę, jako nie mający widoków powodzenia wobec obecnych trudności budżetowych.

*Dr. Papée.*

---

**Od Administracji.**

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

---

## Wiadomości bieżące.

**Lwów.**

**Z. Izby lekarskiej Wschodniej Małopolski.** W ostatnich czasach pojawiają się w pismach codziennych coraz częściej stałe ogłaszania się niektórych lekarzy. Z tego powodu przypomina się Kolegom, że według uchwalonej przez tutejszą Izbę etyki lekarskiej, zalicza się do rzeczy poniżających godność zawodu lekarskiego, częstotliwość ogłoszeń w dziennikach politycznych, która nie daje się usprawiedliwić świeżem osiedleniem, powrotem po wyjeździe lub po dłuższej chorobie i zmianą mieszkania

Zwracając na to uwagę, wzywa Izba lekarska wszystkich lekarzy do ścisłego przestrzegania powyższego postanowienia. Izba lekarska Wschodniej - Małopolski we Lwowie, dnia 19-go czerwca 1922. Prezydent, Dr. Papée. m. p.

**W sprawie wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie.** Odnośnie do notatki, zamieszczonej w „Wiadomościach bieżących" w N. 22 naszego pisma, dotyczącej taks sądowo-lekarskich w b. Kongresówce, zwraca uwagę jeden z naszych Czytelników, że stawki tamże wymienione podlegają mnożnikom drożyźnianym, który w chwili obecnej wynosi 85. I tak za badanie sądowo-lekarskie osoby uszkodzonej na ciele należy się nie 5 Mkp. lecz 425 Mkp, za badanie długie i żmudne nie 10 mkp, lecz 850 mkp., za badanie stanu umysłowego nie 20 mkp., lecz 1750 mkp., za specjalne naukowe badanie wraz z orzeczeniem nie 50 mkp., lecz 4250 mkp., i t. d Powyższą uwagę podajemy, aby koledzy lekarze wiedzieli, ile obecnie wynoszą wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie.

**Poznań.**

**Wycieczka lekarzy pomorskich na Podkarpacie.** Koło lekarzy internistów w Poznaniu urządza pierwszą doroczną wycieczkę naukową na Podkarpacie, a mianowicie do Zakopanego, Rabki, Szczawnicy, Krynicy, Żegiestowa, Iwonicza itd., w drodze powrotnej zaś zwiedzić ma wycieczka Ojców. Wyjazd 20 lipca. Lekarze b. zaboru pruskiego, chcący uczestniczyć w wycieczce proszeni są o złożenie zgłoszeń w terminie do 6 lipca pod adresem p Roli-Szadkowskiego w Poznaniu, Wały Wazów 22. Do zgłoszenia dołączyć należy 10 tysięcy marek.

**Rektorem Uniwersytetu** na rok 1922/3 wybrano po raz piąty prof. dra Heliodora Święcickiego, dziekanem Wydziału lekarskiego ponownie prof. dra Adama Wrzoska.

**Warszawa.**

Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1922/23 wybrano prof. dra M. Michałowicza.

**Konkurs. Polski Komitet dla zwalczania raka** ogłasza konkurs na broszurę popularną pod tytułem „Rak i inne nowotwory złośliwe — sposoby walki z niemi", objętości około 1 arkusza druku zwykłej 16-ki. Broszura ta obejmować winna: krótką statystykę, wskazującą na szerzenie się raka, najczęstsze umiejscowienie w ciele ludzkiem, krótki obraz kliniczny najczęstszych postaci, wczesne objawy początkowe, sposoby leczenia, cele i zadania walki z rakiem, zwłaszcza konieczność wczesnego rozpoznania. Strona społeczna walki z rakiem winna być podkreślona możliwie najbardziej, należy więc zwrócić uwagę na korzyści przychodni dla rakowatych, na konieczność utworzenia specjalnych lecznic lub sanatorjów, szpitali zaopatrzonych w stacje światłolecznicze, należy przytoczyć dla przykładu instytucje zagraniczne i t. d. Broszura powinna mieć do pewnego stopnia charakter agitacyjny, przeznaczona bowiem będzie dla szerokich mas miejskich i wiejskich.

Pierwsza nagroda wynosi 25.000 mk., druga 15.000 mk. Termin nadsyłania prac do 15. października 1922 r., ogłoszenie wyniku nastąpi najpóźniej w miesiąc po zamknięciu nadsyłania prac. Prace winny być o ile możności pisane na maszynie lub pismem czytelnem, wyraźnem, bez znacznych poprawek i kreśleń, na jednej stronie kartki, jak do druku, z niewielkim marginesem. Każda praca powinna zawierać godło i dołączona powinna być do niej zapieczętowana koperta z nazwiskiem i adresem autora. Prace nagrodzone zostają własnością Komitetu, który ma prawo druku obydwóch broszur w dowolnej ilości egzemplarzy, oraz wydań. O ile jedna z broszur nie zostanie wydrukowana w ciągu roku, autor ma prawo otrzymać ją z powrotem i rozporządzić nią według własnego uznania. Sąd konkursowy stanowią: prof. Krzyształowicz, Prof. Hornowski, dr. Jankowski, dr. Wejnert, dr. Sterling-Okuniewski.

Prace należy przesyłać pod adresem Sekretarza Komitetu Dra Sterling-Okuniewskiego, Warszawa, Marszałkowska 41 m. 1.